

**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: a realidade das UNACON e CACON**

Julliana Morgado Rocha

**M**

2018



**MESTRADO**  
CUIDADOS PALIATIVOS

# **Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: a realidade das UNACON e CACON**

Julliana Morgado Rocha

**M**

2018

**ORIENTADORA:** MESTRE FRANCISCA REGO, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

**COORIENTADORA:** MESTRE LAIDES BARROS, HOSPITAL OPHIR LOYOLA



*AOS QUE ESTIVERAM SEMPRE COMIGO*

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que estiveram diretamente envolvidas na pesquisa, principalmente ao meu pai e marido.

Agradeço também a todas as pessoas da FMUP, em especial à minha orientadora Francisca Rego, à Evelyn Oliveira e ao Sr. Professor Doutor Rui Nunes que apoiaram a realização do trabalho e contribuíram para o seu sucesso.

Agradeço a minha coorientadora Laidés Barros, profissional competentíssima, pelas trocas maravilhosas e enriquecedoras.

E por fim, mas não menos importante, a minha mãe e irmã por sempre estarem presentes nos momentos mais significativos da minha vida.

## Resumo

**Introdução:** Os pacientes com diagnóstico de câncer apresentam inúmeras complicações inerentes à doença e ao tratamento; muitos recebem o diagnóstico quando a doença já se encontra em estágio avançado não existindo mais a possibilidade de cura. É neste contexto que os Cuidados Paliativos se afirmam. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos ainda são poucos os Serviços de Cuidados Paliativos no Brasil e não há dados precisos da realidade brasileira. Com essa incumbência de conhecer o quadro nacional, a investigação propôs identificar e descrever os Serviços Públicos de Cuidados Paliativos em estabelecimentos de saúde habilitados em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia a fim de contribuir com a consolidação de um cadastro nacional oficial, complementando a oferta de informações suficientes para que os gestores elaborem Políticas Públicas científicas e de qualidade, institucionalizando as atividades relacionadas aos Cuidados Paliativos no país.

**Objetivo:** Identificar e descrever os Serviços Públicos de Cuidados Paliativos nos estabelecimentos habilitados a partir do Formulário *online*.

**Método:** Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa e procedimento técnico de levantamento.

**Resultados:** 45% (n=140; N=311) das Instituições responderam ao formulário. 74% (n=103; N=140) afirmaram possuir serviço de Cuidados Paliativos, dos quais, 94% (n=97; N=103) são oferecidos na instituição; 3% (n=3; N=103) ofertados na instituição através de contratualização e; 3% (n=3; N=103) referenciados a outros serviços de Cuidados Paliativos que compõem a Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica. Das instituições supracitadas, o modelo preponderante na assistência aos pacientes é o de equipe intra-hospitalar. As equipes que atuam nos serviços são, majoritariamente, equipes mínimas, com pouco ou nenhum profissional capacitado. O restante das instituições, 26% (n=37; N=140), admitiram não possuir e nem referenciar ou contratualizar o serviço de Cuidados Paliativos, alegando não disponibilizarem de infraestrutura adequada e profissional capacitado para organização das equipes, como também falta de vontade política dos gestores na implantação e funcionamento dos serviços.

**Conclusão:** O estudo evidencia que a legitimação da inserção da prática paliativa no Sistema Único de Saúde, através da formulação de políticas, ainda demanda de ações mais contundentes do Ministério da Saúde. Cabe revisar as estratégias de execução das políticas de assistência oncológica, como também as próprias políticas de assistência, exigindo das Secretarias de Saúde e do Ministério tratamento adequado e suficiente no provimento de bens e de serviços, particularmente dos serviços de Cuidados Paliativos.

**Palavras-chave:** Alta Complexidade em Oncologia. Cuidados Paliativos. Serviços de Cuidados Paliativos.

## Abstract

**Introduction:** Patients diagnosed with cancer present various complications inherent to the disease and treatment; many are diagnosed when the disease is already at an advanced stage and there is no longer any possibility of cure. It is in this context that Palliative Care is applied. According to the National Academy of Palliative Care, there are still few Palliative Care Services in Brazil and there is no accurate data on the Brazilian reality. To understand the national framework, the research proposes to identify and describe Palliative Care public services in health care facilities qualified in High Complexity Oncology Care Units and High Complexity Oncology Care Centers in order to contribute to the consolidation of an official national registry, complementing the provision of information sufficient for managers to develop scientific and quality public policies, institutionalizing the activities related to the Palliative Care in the country.

**Objective:** To identify and describe public services of Palliative Care in establishments that have been licensed, through an *online* form.

**Method:** Exploratory-descriptive research, with quantitative approach and technical survey procedure.

**Results:** 45% (n = 140; N=311) of the Institutions responded to the form. 74% of the respondents (n = 103; N=140) reported having Palliative Care services, of which 94% (n=97; N=103) were offered at the institution; 3% (n=3; N=103) offered at the institution through contractualization and; 3% (n=3; N=103) referenced to other Palliative Care services that make up the Network of Attention to Chronic People. Of the aforementioned institutions, the prevailing model for patient care is that of in-hospital staff. The teams that work in the services are, mostly, minimal teams, with little or no trained professionals. The rest of the institutions, 26% (n=37; N=140), admitted not having and neither referencing or contracting Palliative Care services, claiming they did not provide adequate and professional infrastructure capable of organizing the teams, as well as lack of political will of the managers in the implementation and operation of services.

**Conclusion:** The study evidences that the legitimacy of inserting the palliative practice in the National Health System, through the formulation of policies, still demands stronger actions by the Ministry of Health. It is necessary to review strategies for implementation of cancer care policies, as well as the policies themselves requiring the Health Secretariats and Ministry to provide adequate and sufficient treatment for the provision of goods and services, particularly Palliative Care services.

**Keywords:** High complexity in oncology. Palliative Care. Services of Palliative Care

## Índice de Conteúdos

1	Introdução .....	11
2	Estado da arte .....	13
2.1	Cuidados Paliativos como Integrantes da “Política de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis” .....	13
2.1.1	O Plano de Ações Estratégicas.....	15
2.1.2	A Rede de Atenção (RAS) .....	15
2.1.3	Linhas de Cuidado .....	17
2.1.3.1	CP na Integralidade da Atenção ao Câncer .....	17
2.2	Política de Atenção ao Câncer no Brasil.....	19
2.2.1	Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade e os Centros de Referência (CR): definições credenciamentos e especificações .....	20
2.2.2	Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com Cuidados Paliativos (CP) .....	21
2.2.3	Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) com CACON e UNACON .....	22
2.2.4	Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis .....	23
2.3	Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil.....	26
2.3.1	Ensino em CP .....	30
2.3.2	Equipes Interdisciplinares em CP .....	31
2.3.3	Modalidades de Assistência.....	31
2.3.4	Níveis de Atenção .....	33
2.3.4.1	Ação paliativa .....	33
2.3.4.2	CP de nível I .....	33
2.3.4.3	CP de nível II .....	33
2.3.4.4	CP de nível III .....	33
3	Metodologia.....	35
3.1	Questão de investigação, objetivo e hipóteses .....	35
3.2	Desenho do estudo .....	35
3.3	Amostra.....	35
3.4	Instrumentos de recolha de dados .....	36
3.5	Recolha e tratamento de dados .....	36
4	Apresentação e Discussão dos Resultados .....	39
4.1	UNACON e CACON no Brasil.....	39
4.1.1	Instituições habilitadas .....	39
4.1.1.1	CP como critério para habilitação das instituições.....	40
4.1.2	Instituições respondentes.....	42
4.1.2.1	Unidades e Centros de Oncologia com serviço de CP .....	45
4.1.2.2	Instituições sem serviço de CP .....	51
5	Conclusões.....	53
	Referências .....	55
	ANEXO A: Formulário online .....	59

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Portarias do Ministério da Saúde que definem as áreas componentes da rede e estabelecem normas de credenciamento dos CR .....	21
Tabela 2 - Portarias do Ministério da Saúde constitutivas dos CACON e delegação de competência para a SAS .....	22
Tabela 3 - Portarias do Ministério da Saúde: instituição da PNAO e reconfiguração dos critérios para habilitação dos estabelecimentos em Alta Complexidade em Oncologia .....	23
Tabela 4 – Plano de ações estratégicas e portarias: instituição e redefinição da RAS e instituição da PNPCC .....	25
Tabela 5 - Distribution of Countries and Global Population by Category (2011), N = 234 (Wright, Wood, Lynch & Clark, 2008) .....	27
Tabela 6 - Níveis de Educação em Cuidado Paliativo (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettiga, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006). .....	30
Tabela 7: Estimativa do número de UNACON e CACON a partir do número populacional (IBGE, 2017; Portaria SAS/MS nº 140/14 de 27 de fevereiro). .....	40



## Lista de Figuras

Figura 1 - Public health model for palliative care development (Used with permission by Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).....	14
Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Boeira, 2014).....	16
Figura 3 - Desenvolvimento das políticas de atenção aos pacientes crônicos e ao paciente oncológico.....	18
Figura 4 - Mapa "Onde existem CPs" (ANCP, 2018). ....	29
Figura 5 - Processo de coleta de dados .....	37
Figura 6 - Serviços habilitados por região (UNACON e CACON) .....	39
Figura 7 - Serviços habilitados por estado.....	39
Figura 8 - Anexo II-Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação e Realizar Acompanhamento de CACON e UNACON (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro) .....	41
Figura 9 - anexo II-Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação e Realizar Acompanhamento de CACON e UNACON (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro) .....	41
Figura 10 - Instituições respondentes por Região.....	42
Figura 11 - Instituições habilitadas e respondentes por Estado.....	44
Figura 12 - Distribuição dos Serviços de CP por região .....	45
Figura 13 - Modalidades de atenção nas instituições respondentes.....	46
Figura 14 - Quantidade de modalidades de atenção por instituições respondentes.....	47
Figura 15 - Média de profissionais por modalidade de atenção.....	48
Figura 16 - Organização das equipes consoantes as especialidades .....	49
Figura 17 - Média de profissionais atuando em CP e média desses profissionais com formação.....	49
Figura 18 - Número de profissionais certificados na área de atuação em Medicina Paliativa pela AMB por região .....	50
Figura 19 - Quantidade de profissionais atuando em CP e quantidade desses profissionais com formação pós-graduada.....	51
Figura 20 - Instituições que não possuem Serviço de CP por região .....	52

Lista de siglas e abreviaturas

AC: ACRE

AL: ALAGOAS

AM: AMAZONAS

AMB: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

ANCP: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANVISA: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AP: AMAPÁ

APS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BA: BAHIA

CACON: CENTROS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

CCPO: CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

CE: CEARÁ

CNES: CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CP: CUIDADOS PALIATIVOS

DCNT: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DF: DISTRITO FEDERAL

ES: ESPIRITO SANTO

GM: GABINETE DO MINISTRO

GO: GOIÁS

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

LAI: LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO

MA: MARANHÃO

MG: MINAS GERAIS

MS: MATO GROSSO DO SUL

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

MT: MATO GROSSO

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PA: PARÁ

PB: PARAÍBA

PE: PERNAMBUCO

PI: PIAUÍ

RAS: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RASPDC: REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

RJ: RIO DE JANEIRO

RN: RIO GRANDE DO NORTE

RS: RIO GRANDE DO SUL

RO: RONDÔNIA

RR: RORAIMA

SAS: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SC: SANTA CATARINA

SP: SÃO PAULO

SE: SERGIPE

SES: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNACON: UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

TAG: TECHNICAL ADVISORY GROUP

TO: TOCANTINS

## 1 Introdução

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (MS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem pelas maiores taxas de mortalidade no Brasil. As DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e câncer) apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (Portaria GM/MS nº 483/14 de 01 de abril; Ministério da Saúde do Brasil, 2018).

Em 2017, responsáveis por 73% das causas de mortes no Brasil, as DCNT são consideradas um sério problema de saúde pública, configurando um novo desafio para os gestores (Organización Mundial de la Salud, 2017). Considerando a importância epidemiológica do câncer no país e a sua magnitude como problema de saúde pública - estima-se para o biênio 2018-2019 a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano (Ferreira, Santos, Rebelo, 2017; Portaria GM/MS nº 874/13 de 16 de maio) - o MS vem efetivando políticas importantes na área.

Em 2013, através da Portaria GM/MS nº 874, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários<sup>1</sup> por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e Cuidados Paliativos (CP).

A mortalidade por câncer no Brasil tem elevada prevalência, os pacientes com diagnóstico de câncer apresentam inúmeras complicações inerentes à doença e ao tratamento, e muitos recebem o diagnóstico de câncer quando a doença já se encontra em estágio avançado não existindo mais a possibilidade de cura (Fripp, 2009). É neste contexto que os CP no Brasil se afirmam.

Tornou-se dever dos serviços de saúde públicos, da atenção básica a alta complexidade, garantirem tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atenderem as demandas dos pacientes paliativos, obedecendo às definições mínimas de competências e de responsabilidades (Portaria GM/MS nº 874/13 de 16 de maio).

Ainda que o MS, a partir da Portaria GM/MS nº 483 de 2014, tenha redefinido a RASPDC no âmbito do SUS e estabelecido diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado garantindo acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e CP no cuidado das pessoas com doenças crônicas, somente os pacientes oncológicos, por meios de distintas normativas infralegais, garantiram a obrigatoriedade da oferta de CP na atenção básica e alta complexidade.

Apesar dos avanços na oferta dos serviços de CP, ainda nos deparamos com uma cobertura insuficiente, na qual apenas 14% da população é assistida, enquanto 86% não têm nenhum tipo de assistência e morre com dor e sofrimento (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, s/d). Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) ainda são poucos os serviços de CP no Brasil, menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em

---

<sup>1</sup> Termo utilizado nas normativas federais. Segundo Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, usuário é a pessoa física ou jurídica que se beneficia ou utiliza, efetiva ou potencialmente, de serviço público.

critérios científicos e de qualidade. Há também uma enorme discrepância quanto ao estágio de desenvolvimento e oferta dos Serviços Públicos oncológicos para quem atua em CP no Sul e no Nordeste, mas não existem dados precisos que demonstrem ao certo a realidade brasileira. Pensando na incumbência de conhecer o quadro nacional, essa investigação propôs identificar e descrever os Serviços Públicos de CP nos 311 estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia, mediante formulário *online* desenvolvido no âmbito da pesquisa, a fim de contribuir com a consolidação de um cadastro nacional oficial, complementando a oferta de informações suficientes para que os gestores elaborem Políticas Públicas científicas e de qualidade, institucionalizando as atividades relacionadas aos CP no país.

A pesquisa desenvolveu-se no período compreendido entre o dia 1 de novembro de 2017 e o dia 29 de junho de 2018 e contou com a resposta de 140 Instituições (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)) alocadas em diferentes regiões do Brasil. No que diz respeito a estrutura, o estudo está organizado em partes distintas e fundamentais, das quais, no estudo da arte, buscou-se descrever o percurso da inserção dos CP nas Políticas Públicas voltadas aos pacientes crônicos, especificamente aos pacientes oncológicos, como também o desenvolvimento do mesmo no Brasil. Posteriormente, apresentou-se o processo metodológico, seguido da apresentação de resultados e discussão, e das considerações finais.

## 2 Estado da arte

### 2.1 Cuidados Paliativos como Integrantes da “Política de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis”

A primeira definição de CP foi elaborada em 1990 pela OMS como parte do relatório do comitê especializado em alívio da dor oncológica e CP. Em 2002, o conceito de CP foi revisado com o objetivo de refletir a mudança no paradigma estabelecido. Em vez de beneficiar somente pacientes oncológico, os CP foram ampliados a todas as doenças crônicas potencialmente fatais e oferecido simultaneamente com tratamentos curativos (Batiste & Connor, 2017).

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial, and spiritual” (World Health Organization, 2002, p.15 e 16)

Embora essa redefinição tenha trazido melhorias importantes, ainda havia questões conceituais que precisavam ser discutidas e redefinidas. Diante disso, os membros do *Technical Advisory Group* (TAG)<sup>2</sup> no intuito de ajudar a esclarecer conceitualmente os CP reformularam a definição proposta em 2002:

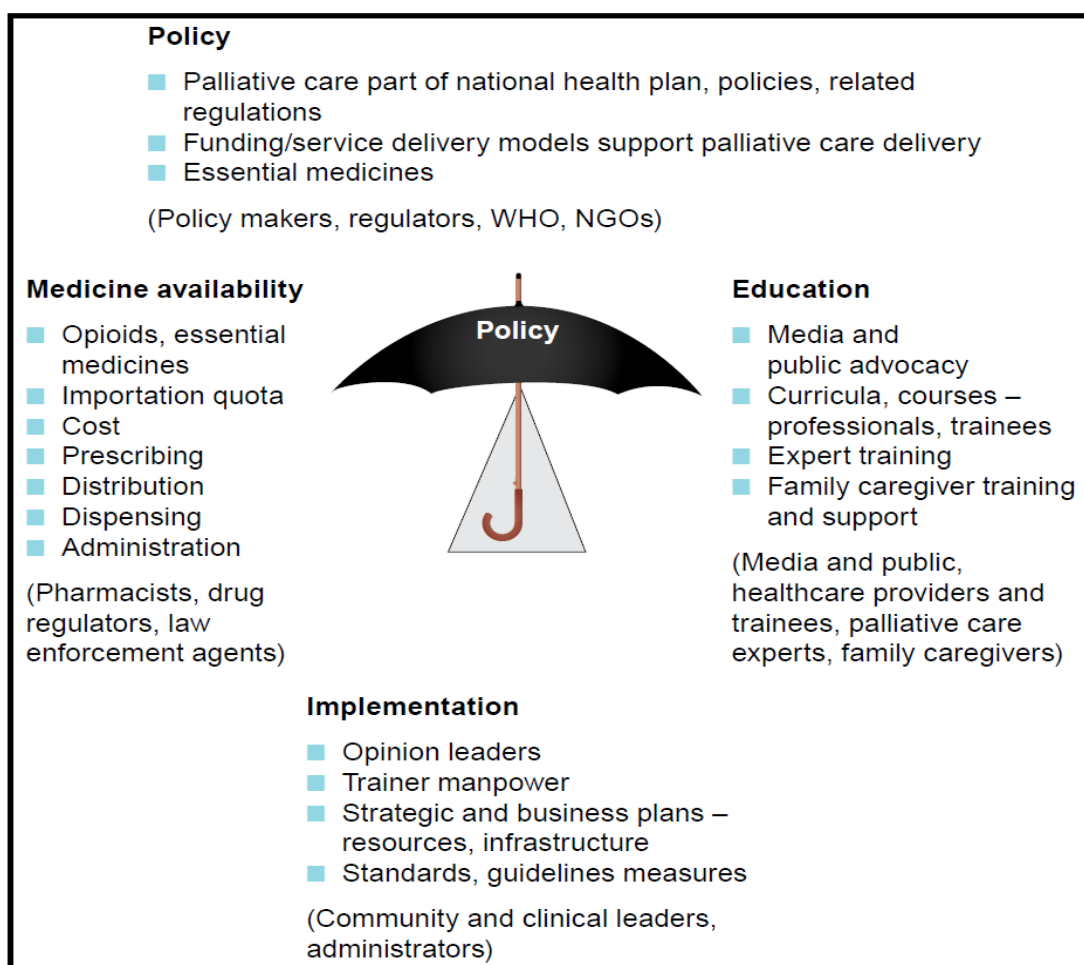
“Palliative care is the prevention and relief of suffering of any kind – physical, psychological, social, or spiritual – experienced by adults and children living with serious, chronic, complex, and life-limiting health problems and the promotion of dignity, best quality of life, and adjustment to progressive illnesses, using best available evidence. It is a person-centred accompanying of patients and their families throughout the illness, including at the end of life that optimizes quality of life, promotes human development and well-being, and maximizes dignity. Palliative care is a basic human right and an essential component of comprehensive and integrated care for persons with serious chronic, complex, and life-limiting health problems that should be practised by health and social care providers of many disciplines, as well as palliative care specialists, and should be provided in any health care setting, including patients’ homes” (Gomez-Batiste, & Connor, 2017, p.51).

---

<sup>2</sup> O Grupo consultivo técnico em CP trabalha junto à equipe da OMS prestando assessoria ao Secretariado com a missão de implementar a resolução WHA67.19 “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*”.

A promoção dos CP como um elemento essencial em todos os sistemas de saúde foi ratificada na Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra na Suíça, em maio de 2014 através da resolução intitulada “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*”. No documento a OMS (2014) estimula que os estados membros - dentre outras medidas - desenvolvam, fortaleçam e implementem, quando apropriado, políticas de CP nos sistemas de saúde baseadas em critérios científicos, com boa relação custo-benefício, em todos os níveis, e com ênfase nos cuidados primários, cuidados comunitários e domiciliares.

De acordo com a Worldwide Palliative Care Alliance (2014) para o desenvolvimento dos CP na saúde pública é preciso avançar em políticas, educação, disponibilidade de medicamentos e implementação de recursos, estruturas e serviços (figura 1). Através das políticas, componente fundamental, outras mudanças podem ser introduzidas e efetivadas (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014). É importante considerarmos também o envolvimento dos governantes e gestores na criação e na implementação das políticas de CP, pois sem o apoio dos mesmos a viabilidade e desenvolvimento das práticas de CP ficam comprometidos.



**Figura 1 - Public health model for palliative care development** (Used with permission by Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

A gama de políticas, segundo destaque da OMS (2014), que devem ser incluídas englobam leis (que reconheçam e definam que os CP fazem parte do sistema de saúde); padrões nacionais de cuidados descrevendo CP; diretrizes clínicas e protocolos; o reconhecimento dos CP como especialidade médica/subespecialidade; estratégia nacional de implementação dos CP; resoluções que estabelecem os CP como um serviço reconhecido do sistema de saúde, com o acompanhamento dos regulamentos de habilitação necessários.

### **2.1.1 O Plano de Ações Estratégicas**

Como resposta a esse desafio, o MS tem efetivado importantes políticas de enfrentamento às doenças crônicas, reconhecendo e inserindo os CP – mesmo que ainda restrito aos pacientes oncológicos – no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”, que, dividido em eixos estratégicos (Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde; e Cuidado Integral das DCNT), tem por objetivo promover o desenvolvimento e a realização de Políticas Públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, como também, fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

O Plano aborda quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) que foram inseridas no mesmo em consequência dos fatores de risco em comum (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). A doença renal crônica, as doenças reumáticas e as doenças mentais também são importantes causas de morbimortalidade no país e no mundo. Porém, as doenças reumáticas e doenças mentais por apresentarem outros fatores de risco na sua determinação, não estão inseridas neste primeiro esforço global para o enfrentamento das DCNT. Quanto às doenças renais crônicas, elas serão amplamente beneficiadas no manejo da hipertensão arterial e do diabetes (Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

### **2.1.2 A Rede de Atenção (RAS)**

Nessa perspectiva de atenção ao público supracitado a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, no âmbito de suas atribuições de elaboração e propositura da política nacional de saúde - considerando as doenças crônicas não transmissíveis como um problema de saúde de maior magnitude e tendo em vista o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT - institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) <sup>3</sup> estruturada pelos seguintes componentes (densidades tecnológicas): Atenção Básica; Atenção Especializada, que se divide em: ambulatorial especializado, hospitalar; e urgência e emergência; Sistemas de Apoio; Sistemas Logísticos; Regulação; e Governança (Figura 2), através da portaria GM/MS nº 252 de 19 de fevereiro de 2013, posteriormente revogada pela portaria GM/MS nº 483 de 01 de abril de 2014, a qual redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

---

<sup>3</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.



Doenças Crônicas (RASPCD) no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidados.



**Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Boeira, 2014).**

A RAS é definida como um modelo de arranjos organizativos, de diferentes densidades tecnológicas, visando à promoção da integração sistêmica: as ações e os serviços de saúde buscam garantir a integralidade do cuidado a partir da interação entre sistemas de apoio técnico, logístico, de governança e de gestão. O desenvolvimento do sistema em rede propicia a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), orienta a centralidade nas necessidades em saúde de uma população, obriga-se à atenção contínua e integral, estimula a abordagem do cuidado multiprofissional, assegura o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Portaria nº 4.279/10 de 30 de dezembro).

Esse normativo apresenta diretrizes e alinhava ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que, no decurso dessa construção, seja possível reconhecer-se uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas. O documento é também um guia para a formulação de políticas federais relacionadas ao cuidado das pessoas com doenças crônicas (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

De acordo com a portaria GM/MS nº 483, de 01/04/2014, é competência das Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal organizar as linhas de cuidado que irão compor a rede, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e CP às pessoas com doenças crônicas.

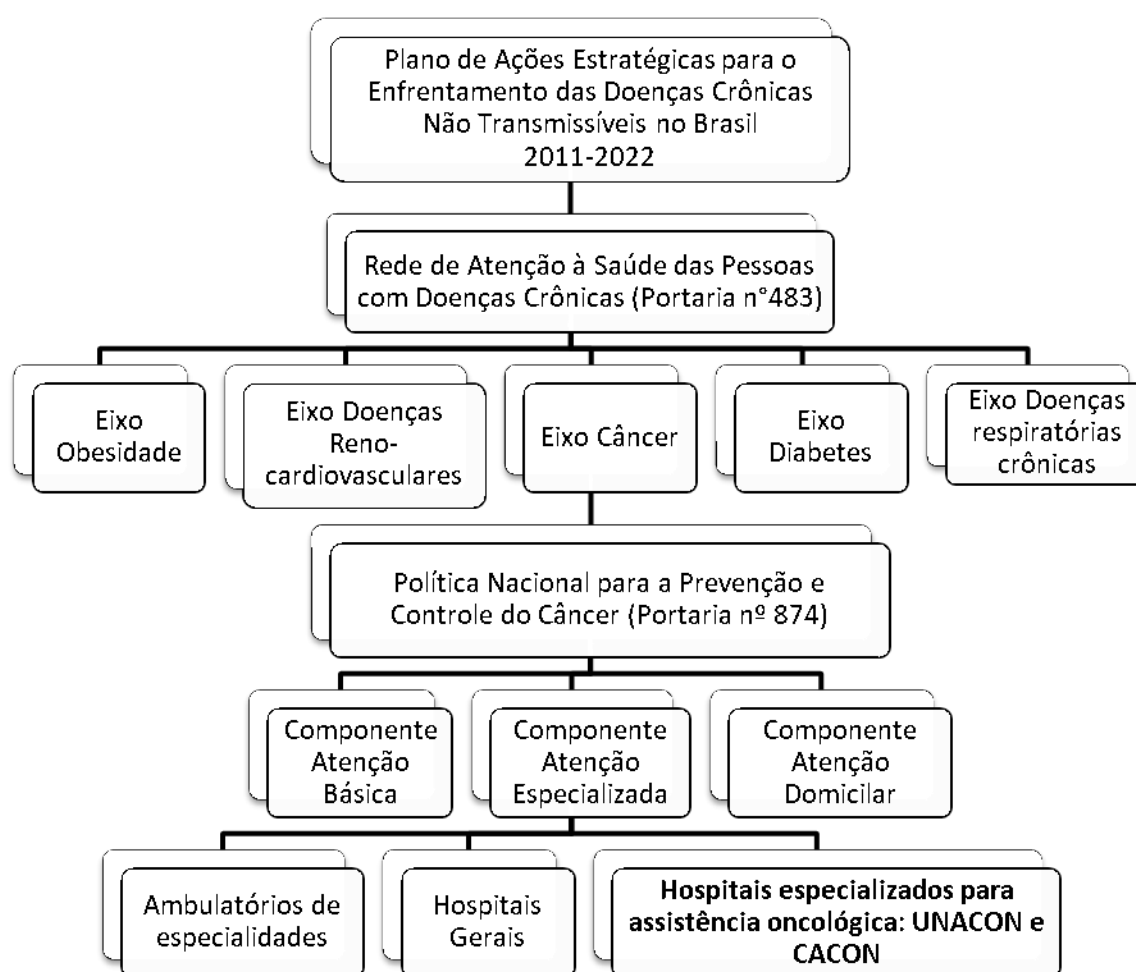
### **2.1.3 Linhas de Cuidado**

Considerando o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta, como também a transição demográfica e a maior prevalência das doenças crônicas com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas (Portaria GM/MS nº 483/14 de 01 de abril), foram priorizados, na organização da RAS, os seguintes eixos temáticos dentro dos quais foram desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes: doenças reno cardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

#### **2.1.3.1 CP na Integralidade da Atenção ao Câncer**

Dentre as doenças crônicas contempladas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, o Câncer, através de portarias e documentos emitidos pelo MS, vem consolidando formalmente na sua Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na RASPCD, fazendo parte do cuidado integral, a oferta obrigatória dos CP desde a atenção básica.

A Figura 3 exemplifica resumidamente o desenvolvimento das políticas que asseguram o atendimento aos pacientes com DCNT e, por conseguinte, o prosseguimento à normativa que garante, obrigatoriamente aos pacientes oncológicos, nos hospitais especializados habilitados como UNACON e CACON a oferta de CP.



**Figura 3 - Desenvolvimento das políticas de atenção aos pacientes crônicos e ao paciente oncológico**

Apesar de todas essas iniciativas, ainda não há no Brasil uma Política Nacional de CP e de acordo com a *International Association for Hospice and Palliative Care* (2013) os obstáculos encontrados são de ordem operacional, éticos e culturais; diversidade na gestão do SUS nos Estados e Municípios, alguns locais apresentam extrema dificuldade em estabelecer políticas específicas; desconhecimento dos políticos que trabalham na área da saúde sobre CP; necessidade de profissionais habilitados para a formulação de políticas e execução das mesmas e falta de um sistema governamental que faça auditoria, evolução e controle de qualidade que monitore a oferta de prestações de serviços de CP e seu processo de implantação.

Auspiciosamente, no último quadriênio 2014-2018, iniciativas legislativas, nomeadamente, Projetos de Leis (PL) estaduais, mas também uma proposição análoga da Câmara Federal, foram apresentadas com o intuito de consolidar os direitos dos pacientes e os CP – nas respectivas esferas e com a abrangência dos CP preconizada pela OMS – e integrar as regulamentações e normativas emanadas do MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) referentes aos CP no SUS:

- São Paulo - deputado Atila Jacomussi (PL nº639/2015): dispõe sobre a Rede de CP na Saúde Pública do Estado de São Paulo;
- Rio de Janeiro - deputado Carlos Minc (PL nº2421/2017): cria o Programa Estadual de CP no âmbito da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro;
- Rio Grande do Sul - deputada Stela Farias (PL nº222/2017): institui a Política Estadual de CP;
- Goiás - deputado Hélio de Sousa (PL nº925/2017): institui a Política Estadual de CP e;
- Câmara Federal - deputados Pepe Vargas, Chico D'Angelo e Henrique Fontana (PL nº5559/2016): dispõe sobre os direitos dos pacientes quando envolvidos em cuidados prestados por serviços de saúde de qualquer natureza ou por profissionais de saúde.

Até então, somente no Estado de Goiás foi aprovada a Lei nº19.723, de 10 de julho de 2017, derivada do PL nº 925/2017. O Governador do Estado de Goiás, Marconi Perillo, sancionou a lei que instituiu a Política Estadual de CP, consistente na fixação de diretrizes normativas centradas na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e as suas famílias, quando associados a doenças graves ou incuráveis, em fase avançada e progressiva. Os CP serão oferecidos o mais precoce possível e, preferencialmente, em hospitais gerais e unidades de saúde onde se tratam pacientes idosos com câncer, com SIDA ou com doenças crônicas (Lei nº 19.723/17 de 10 de julho).

Outro avanço importante na agenda da inserção dos CP na política pública do SUS ocorreu no ensejo da 5ª Sessão Plenária Ordinária do Conselho Federal de Medicina (CFM) em Brasília-DF, nos dias 15, 16, 17 e 18 de maio de 2018, na qual foram aprovadas propostas, apresentadas em Sessão Plenária Ordinária anterior pelo Dr. Daniel Neves, presidente da ANCP, de políticas norteadoras para o fortalecimento e desenvolvimento dos CP no âmbito do SUS. Hoje, o documento-base seguiria em tramitação final para publicação da portaria pelo MS, conforme divulgado pela ANCP (Conselho Federal de Medicina (2018); Rede Globo, 2018).

A legitimação da inserção da prática paliativa no SUS ainda requer ações mais incisivas do MS. Devemos considerar é o fato de que os CP sempre foram regulamentados por portarias e resoluções. Portarias e resoluções são atos administrativos do poder executivo, cuja força de lei é vinculada à Lei que lhe sustenta. Embora as Portarias que tratam dos CP vinculem-se à Lei nº 8.080/1990 (Orgânica da Saúde), conferindo-lhes força de lei, sua fragilidade a mudanças no âmbito administrativo retiram-lhe a robustez necessária para dar maior perenidade à política. Esse fato pode ter contribuído para a morosidade da construção de uma Política Nacional de CP integrada (Mendes, 2017).

Com efeito, apesar da notícia da divulgação iminente de uma normatização pelo MS consolidando os CP, o país ainda carece de uma legislação nacional que reúna os direitos dos pacientes a estes cuidados.

## **2.2 Política de Atenção ao Câncer no Brasil**

Desde 1995 o país conta com a produção das estimativas de câncer e indica, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e

cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (Ferreira, Santos, Rebelo & Costa, 2017).

Os cânceres de próstata (68 mil) e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes. À exceção do câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (Ferreira, Santos, Rebelo & Costa, 2017).

Diante do desafio de lidar com o cenário supracitado, ao longo dos seus 80 anos de existência, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) /Ministério da Saúde (MS) vem contribuindo pra história da oncologia na Saúde Pública do Brasil atuando contundentemente na formulação, Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e reformulação, Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), da Política de Atenção ao Câncer (Ferreira, Santos, Rebelo & Costa, 2017).

Nesse sentido, este capítulo tem como propósito explicar de forma clara a política de Atenção Oncológica, a partir de portarias e documentos do MS (tabela 1, 2, 3 e 4), evidenciando a inserção dos CP no desenvolvimento da mesma.

### **2.2.1 Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade e os Centros de Referência (CR): definições credenciamentos e especificações**

Em face da Política de Descentralização do Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>, à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS coube no âmbito de sua competência de definir e coordenar os sistemas de Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade e atendendo à necessidade de estabelecer normas para o credenciamento dos serviços que fariam parte dessas Redes Integradas, publicar a portaria SAS/MS nº 65, de 06 de maio de 1993 (tabela 1). É através desta portaria que a área de oncologia (clínica e cirúrgica) - juntamente com os serviços de cardiologia, ortopedia, oftalmologia e transplante de órgãos - torna-se credenciada às Redes Integradas de Assistência de Alta Complexidade.

Posteriormente, em 17 de dezembro de 1993, por meio da publicação da portaria SAS/MS nº 170, o Secretário da SAS (tabela 1), complementando as deliberações da portaria nº 65 SAS/MS, registrou o primeiro esforço do MS em estabelecer normas para o credenciamento de hospitais que realizassem procedimentos de Alta Complexidade em Câncer.

Segundo a normativa, essas instituições foram classificadas em Centro de Referência (CR) I (aptos para atendimentos a pacientes com qualquer tipo de neoplasia) e Centro de Referência (CR) II (aptos ao tratamento dos principais tipos de neoplasias). Concomitantemente, houve a normatização dos Centros de Radioterapia e de Quimioterapia isolados, que deveriam, obrigatoriamente, estar vinculados a um CR.

---

<sup>4</sup> Descentralização da gestão e das políticas da saúde no país – feita de forma integrada entre a União, estados e municípios – é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). O poder e a responsabilidade sobre o SUS são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade.

**Tabela 1 - Portarias do Ministério da Saúde que definem as áreas componentes da rede e estabelecem normas de credenciamento dos CR**

<b>Política de Atenção</b>	<b>Portaria</b>
<b>Define as áreas componentes da Rede Integrada de Assistência de Alta Complexidade.</b>	Portaria SAS/MS nº 65 de 06 de maio de 1993.
<b>Estabelece normas para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em Câncer.</b>	Portaria GM/MS nº 170 de 17 de dezembro de 1993.

### **2.2.2 Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) com Cuidados Paliativos (CP)**

Em setembro de 1998, substituindo a portaria GM/MS nº 170 (tabela 1), o MS exarou, face à necessidade de estabelecer novos critérios para cadastramento de Centros de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia, a portaria GM/MS nº 3.535 (tabela 2), considerada um marco legal na estruturação da política de organização do cuidado oncológico no período pós-SUS. Entre os principais objetivos dessa normativa, destacaram-se o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas e o estabelecimento de uma rede hierarquizada, com definições de fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, enfatizando a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e CP.

Neste documento promoveram-se mudanças no que diz respeito à nomeação dos Centros de Referências (CR) I e II pelos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) I, II e III, com a finalidade definida de oferecerem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer. Outro tópico importante, no que concerne às normas específicas para cadastramento de CACON, é a inclusão dos CP (CP) – em nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos – como modalidade integrativa na prestação da assistência ao paciente.

Já o ano de 1999 principia com duas resoluções, de mesma data (31 de março), do MS: do Gabinete do Ministro emana a portaria GM/MS nº 255 (tabela 2) que altera subitens das normas específicas de cadastramento dos CACON, constantes do anexo I, da Portaria GM/MS/Nº 3535/1998, ponderando a realidade estrutural do atendimento aos pacientes com doenças neoplásicas malignas, assim como, a necessidade da garantia da integralidade desse atendimento. Concomitantemente, a SAS/MS, em referência à determinação da resolução ministerial susodita, estabelece as normas para cadastramento de serviços isolados, que realizam procedimentos de radioterapia e/ou quimioterapia (portaria SAS/MS nº 113 - tabela 2).

Dentre os subitens alterados do anexo I, da Portaria GM/MS/Nº 3535/1998, destaca-se a nova redação do item 4.1.2, ratificando o encargo da oferta dos CP (CP) pelos CACON I e adequando a exigência de “profissionais especialistas” com a disponibilização, ainda compulsória, de “profissionais habilitados”.

**Tabela 2 - Portarias do Ministério da Saúde constitutivas dos CACON e delegação de competência para a SAS**

<b>Política de Atenção</b>	<b>Portaria</b>
<b>Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia (CACON).</b>	Portaria GM/MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998 (substitui a Portaria SAS/MS nº 170 de 17 de dezembro de 1993).
<b>Altera os subitens 3.2.4, 3.3.3, 3.3.3.3 e 4.1.2, das Normas Específicas para Cadastramento dos Centros de Alta Complexidades em Oncologia, constantes do anexo I, da Portaria GM/MS/Nº 3535, de 02 de setembro de 1998.</b>	Portaria GM/MS nº 255 de 31 de março de 1999.
<b>Estabelece normas para cadastramento de Serviços que realizam procedimentos de alta complexidade em câncer (Radioterapia e quimioterapia)</b>	Portaria SAS/MS nº 113 de 31 de março de 1999.

**2.2.3 Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) com CACON e UNACON**

Empenhando-se em manter o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população, considerando a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e CP (portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 – tabela 3), que estrutura a linha de cuidado do paciente com câncer em todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e CP) refletindo a importância da regulamentação integrada dessa temática.

Como corolário da PNAO, houve a necessidade de organização e implantação de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, reconfigurando critérios para habilitação de estabelecimentos em Alta Complexidade em Oncologia a fim de determinar os seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções no contexto de rede assistencial (portaria SAS/MS nº 741 – tabela 3). Foram adotadas as seguintes categorias:

- Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): hospitais que possuíssem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.
- Centro de Assistsências de Alta Complexidade em Oncologia (CACON): hospital que possuíssem as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.
- Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.

É importante salientarmos que também nesse instrumento normativo os CP já constavam na estrutura física e funcional mínima para habilitação desses serviços hospitalares em

UNACON e CACON. Segundo a portaria, os CP são um conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de: assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos); internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor); internações de longa permanência e assistência domiciliar. Esses cuidados deveriam ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderiam ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde.

**Tabela 3 - Portarias do Ministério da Saúde: instituição da PNAO e reconfiguração dos critérios para habilitação dos estabelecimentos em Alta Complexidade em Oncologia**

<b>Política de Atenção</b>	<b>Portaria</b>
<b>Instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e CP.</b>	Portaria GM/MS nº 2439 de 08 de dezembro de 2005.
<b>Defini as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades.</b>	Portaria SAS/MS nº 741 de 19 de dezembro de 2005.

#### **2.2.4 Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

Sendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer, as principais causas de morte no mundo, gerando elevado número de mortes prematuras e perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, o MS, publica o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 (tabela 4), com objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Com base no Plano de Ações Estratégicas foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, portaria GM/MS nº 252 (tabela 4), posteriormente revogada pela portaria GM/MS nº 483 de abril de 2014 (tabela 4). Quando falamos na Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas eixo temático Câncer, falamos dos seguintes componentes/serviços de saúde: Atenção Básica; Atenção Domiciliar; Atenção Especializada Ambulatorial; Atenção Especializada Hospitalar: CACON, UNACON e Complexos - Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, dos Sistemas Logísticos e Governança.

Considerando a necessidade de reordenamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, em consonância com as ações preconizadas pelo Plano de Ações Estratégicas para o



Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 e com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a normativa GM/MS nº 2.439 que estabeleceu a PNAO (tabela 3) é substituída pela portaria GM/MS nº 874 (tabela 4), de maio de 2013, que estabelece a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

Princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde, prevenção do câncer, à vigilância, ao monitoramento e à avaliação, ao cuidado integral, à educação, à comunicação em saúde, entre outros, são constituintes da PNPCC. No capítulo III, seção II, das responsabilidades das estruturas operacionais das Redes de Atenção à Saúde, Art. 26, discorre: os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde. No que tange à atenção hospitalar, foco da nossa pesquisa, destacamos as instituições habilitadas como UNACON E CACON.

Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde<sup>5</sup> onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos. Esses estabelecimentos têm como responsabilidade:

- Determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo MS, quando publicados;
- Oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e CP, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso;
- Registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes;
- Realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; ofertar e orientar tecnicamente os CP com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra;
- Ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar;
- À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente;

---

<sup>5</sup> Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Resolução nº 1/11 de 29 de setembro).

- E na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e CP, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados.

Para redefinir os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia (UNACON, CACON e complexos) e definir as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS, o MS, aprova a portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 (tabela 4).

Neste documento referencial os CP aos usuários dos estabelecimentos de saúde habilitados, segunda a portaria supradita, são obrigatórios e devem estar descritos em plano de cuidados registrado em prontuário, podendo ser prestados na própria estrutura hospitalar ou de forma integrada a outros componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de que trata a portaria nº GM/MS 483, de 1 abril de 2014, ou outra que vier eventualmente a substituí-la, sendo que o vínculo entre o estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON e os serviços que compõem a Rede deve ser constituído por documento formal que explicita as responsabilidades de cada um dos entes envolvidos na prestação de CP.

Os serviços de CP devem ser prestados em assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos); internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor); internações de longa permanência e em assistência domiciliar, obedecendo sempre às regulamentações específicas do MS para a área.

Em 24 de fevereiro de 2017 o MS, através da portaria GM/MS nº 458 (tabela 4), disponibilizou, em anexo, os estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia. Foram habilitados 51 CACON e 260 UNACON. 13 UNACON e 1 CACON na região Norte; 51 UNACON e 10 CACON no Nordeste; 18 UNACON e 7 CACON no Centro - Oeste; 115 UNACON e 24 CACON no Sudeste e 63 UNACON e 9 CACON no Sul.

**Tabela 4 – Plano de ações estratégicas e portarias: instuição e redefinição da RAS e instituição da PNPC**

<b>Política de Atenção</b>	<b>Portaria</b>
<b>Publicação do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022.</b>	
<b>Instituído a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.</b>	Portaria GM/MS nº 252 de 19 de fevereiro de 2013.
<b>Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.</b>	Portaria GM/MS nº 483 de 1 de abril de 2014.
<b>Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no</b>	Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013 (substitui a Portaria GM/MS nº 2439 de 08 de dezembro de 2005).

<b>âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</b>	
<b>Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</b>	Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014.
<b>Disponibiliza, em anexo, os estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia.</b>	Portaria GM/MS nº 458 24 de fevereiro de 2017.

### 2.3 Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Brasil

Segundo a Worldwide Palliative Care Alliance (2014), no *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Files*, uma das formas de monitorar o crescimento dos CP no mundo foi desenvolvido através de um sistema de mapeamento dos níveis de CP nos países. O trabalho com os dados do mapeamento foi publicado pela primeira vez em 2008 por Wright, Lynch, & Clark através do documento “*Mapping levels of Palliative Care Development: a Global View*”, realizado pelo *International Observatory on End of Life Care* – IOELC – da Universidade de Lancaster, no Reino Unido.

Neste estudo foram analisados 234 Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), em relação a seu nível de desenvolvimento em CP. Os serviços de CP nestes países foram classificados em quatro níveis distintos de acordo com a presença e complexidade dos mesmos: grupo IV: composto por 35 países com serviços de CP integrados e uma política estruturada de provisão destes serviços; grupo III: composto por 80 países com oferta de serviços isolados de CP sem uma política estruturada de provisão destes serviços; grupo II: composto por 41 países que não possuem oferta de serviços de CP estruturados e nem política de provisão destes serviços, porém há evidências de iniciativas de atividades para capacitação profissional e formação de equipes de trabalho e; grupo I: composto por 78 países onde não há registro de nenhuma iniciativa em relação à política e oferta de serviços de CP (Wright, Wood, Lynch, & Clark, 2008).

Em 2013, a fim de atualizar as descobertas originais de 2008 foi publicada uma atualização do estudo “*Mapping levels of Palliative Care Development: a Global View*” dos pesquisadores David Clark e Michael Wright. Utilizando a mesma metodologia de trabalho com o objetivo de estimular a discussão mundial para o aumento da conscientização sobre a necessidade de integração dos CP nos sistemas de saúde, os autores publicaram a pesquisa “*Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update*” com mudanças nos critérios de classificação relativos ao grupo III e IV (Lynch, Connor, & Clark, 2013; Mendes, 2017).

A novidade nesse estudo foi a subdivisão dos grupos III e IV em grupos 3a e 3b e 4a e 4b como mostra a tabela 5. Foi a movimentação dos países entre os grupos, ora demonstrando melhoras substantivas na oferta dos serviços paliativos, migrando para grupos mais desenvolvidos, ora demonstrando pioras substantivas, fazendo a migração contrária (Lynch, Connor, & Clark, 2013; Mendes, 2017).

De acordo com os critérios avaliados para o mapeamento do desenvolvimento dos CP nos Países Estados Membros das Organizações das Nações Unidas, o Brasil encontra-se no grupo 3a, nomeado de “Provisão de CP Isolados”, junto com outros 73 países. Este grupo de países é caracterizado pelo desenvolvimento de um ativismo em CP que é desigual no alcance e não tem um bom suporte; a fonte de financiamento é muitas vezes dependente de doadores; e há um pequeno número de serviços de CP em hóspedes, que são de natureza domiciliar e limitados em relação ao tamanho da população (Lynch, Connor, & Clark, 2013).

**Tabela 5 - Distribution of Countries and Global Population by Category (2011), N = 234**  
(Wright, Wood, Lynch & Clark, 2008)

Group	Countries
<b>Group 1:</b> <b>No known activity</b> <b>n = 75 (32%)</b>	Afghanistan, American Samoa, Andorra, Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Cook Islands, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Falkland Islands, Faroe Islands, French Guiana, French Polynesia, Gabon, Greenland, Grenada, Guam, Guinea, Guinea-Bissau, Kiribati, Korea (DPR), Laos, Liberia, Libya, Liechtenstein, Maldives, Marshall Islands, Martinique, Mauritania, Mayotte, Micronesia, Monaco, Montserrat, Nauru, The Netherlands Antilles, New Caledonia, Niger, Norfolk Island, Northern Mariana Islands, Palau, Pitcairn, Saint Helena, Saint Kitts and Nevis, Saint Pierre and Miquelon, Saint Vincent and the Grenadines, Samoa, San Marino, Sao Tome and Principe, Senegal, Solomon Islands, Somalia, Svalbard, Syria, Timor-Leste, Togo, Tokelau, Tonga, Turkmenistan, Turks and Caicos Islands, Tuvalu, US Virgin Islands, Uzbekistan (from category 2), Vanuatu, Wallis and Fortuna, Western Sahara, Yemen.
<b>Group 2:</b> <b>Capacity building</b> <b>n = 23 (10%)</b>	Aland Islands (- from category 3), Algeria, Azerbaijan (- from category 3), Bolivia, British Virgin Islands, Democratic Republic of Congo, Dominica, Fiji, Haiti, Holy See (Vatican), Honduras (- from category 3), Madagascar, Mauritius, Montenegro (+ from category 1), Nicaragua, Oman, Palestinian Authority, Papua New Guinea, Qatar, Reunion, Seychelles, Suriname, Tajikistan, The Bahamas.
<b>Group 3a:</b> <b>Isolated provision</b> <b>n = 74 (31.6%)</b>	Angola (+ from category 1), Armenia, Bahrain (+ from category 2), Bangladesh, Barbados, Belize (+ from category 2), Bermuda, Botswana, <u>Brazil</u> , Brunei (+ from category 2), Bulgaria, Cambodia, Cameroon, Cayman Islands, Colombia, Congo, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, El Salvador, Estonia, Ethiopia (+ from category 2), Ghana (+ from category 2), Gibraltar, Greece, Guadeloupe, Guatemala, Guernsey, Guyana, Indonesia, Iran (+ from category 2), Iraq, Isle of Man, Jamaica, Jersey, Kazakhstan, Korea (South), Kuwait (+ from category 2), Kyrgyzstan, Latvia, Lebanon (+ from category 2), Lesotho (+ from category 2), Macedonia, Mali (+ from category 1), Mexico, Moldova, Morocco, Mozambique (+ from category 2), Myanmar, Namibia (+ from category 2), Nigeria, Niue (+ from category 1), Pakistan, Panama, Paraguay (+ from category 2), Peru, Philippines, Reunion, Russia, Rwanda (b from category 2), Saint Lucia (+ from category 2), Saudi Arabia, Sierra Leone, Sri Lanka, Sudan (+ from category 2), Gambia, Thailand, Trinidad and Tobago, Tunisia, Ukraine, United Arab Emirates, Venezuela, Vietnam.
<b>Group 3b:</b> <b>Generalized provision</b> <b>n = 17 (7.3%)</b>	Albania, Argentina (- from category 4), Belarus, Bosnia and Herzegovina, Cote D'ivoire (+ from category 2), Croatia, Cyprus, Czech Republic, Georgia, India, Jordan, Lithuania, Malta, Nepal, Portugal, Swaziland, Turkey (+ from category 2).
<b>Group 4a:</b> <b>Preliminary integration</b> <b>n = 25 (10.7%)</b>	Chile, China (+ from category 3), Costa Rica, Denmark, Finland, Hungary, Israel, Kenya, Luxembourg (+ from category 3), Macau (b from category 3), Malawi (+ from category 3), Malaysia, Mongolia, The Netherlands, New Zealand, Puerto Rico (+ from category 2), Serbia (+ from category 3), Slovakia (+ from category 3), Slovenia, South Africa, Spain, Tanzania (+ from

	category 3), Uruguay (+ from category 3), Zambia (+ from category 3), Zimbabwe (+ from category 3).
<b>Group 4b:</b> <b>Advanced integration</b> <b>n = 20 (8.5%)</b>	Australia, Austria, Belgium, Canada, France, Germany, Hong Kong, Iceland, Ireland, Italy, Japan, Norway, Poland, Romania, Singapore, Sweden, Switzerland, Uganda, U.K., U.S.

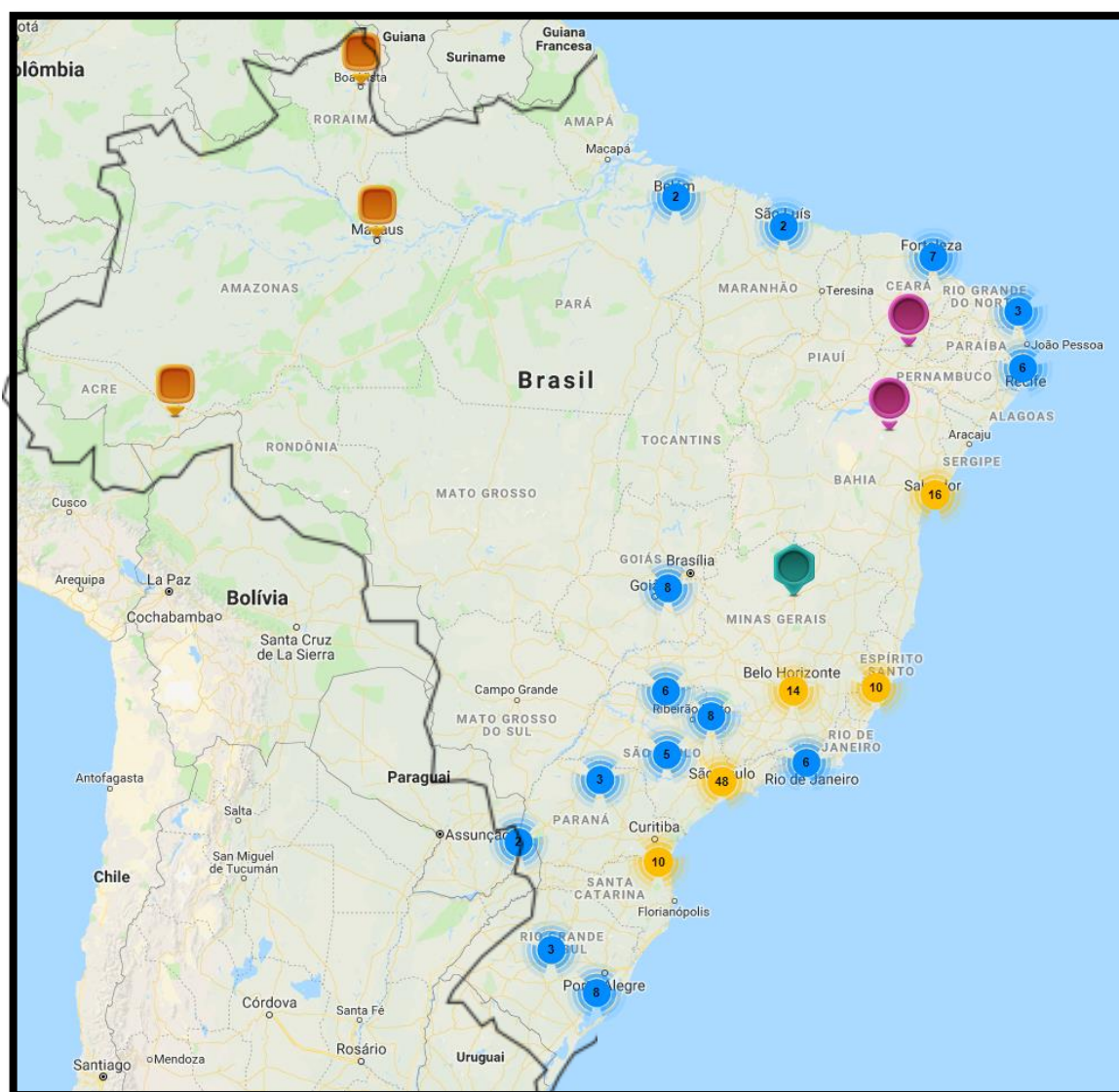
Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontaram cerca de 40 unidades de CP no Brasil distribuídas por todo o território nacional<sup>6</sup>, a maioria atuando apenas em ambulatórios e assistência domiciliar. A disponibilidade de leitos especializados é mínima e restrita a grandes centros como Rio de Janeiro, São Paulo, Barretos, Campinas, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Manaus e Porto Alegre (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

Em outro estudo, publicado em 2015 por Othero et al., participaram 68 serviços brasileiros de CP. Consta desses registros que metade dos serviços localizados atua no estado de São Paulo (50%). Segundo a pesquisa, o modelo de atendimento mais prevalente é o do tipo ambulatorial (53%), a população típica é mista, isto é, oncológicos e não oncológicos (57%), prevalece a assistência a adultos (88%) e idosos (84%), e o modelo de financiamento mais comum é o público (50%) (Gomes & Othero, 2016).

Atualmente, com o objetivo de atualizar e mapear os serviços de CP no Brasil, a ANCP desenvolveu uma plataforma para que os estabelecimentos pudessem cadastrar seus serviços. A plataforma conta com 177 cadastros, entre eles, estabelecimentos privados, públicos e com convênio com o SUS como mostrado na figura 4.

---

<sup>6</sup> Apresenta extensão territorial de 8.514.876 km<sup>2</sup>. Sua área é dividida em 26 estados e 1 Distrito Federal e 5.570 municípios (divididos em 5 regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018)



**Figura 4 - Mapa "Onde existem CPs" (ANCP, 2018).**

A análise deste mapeamento evidencia que mais de 50% dos serviços de CP do país iniciaram suas atividades na década de 2010, mostrando que serviços de CP são recentes em nosso país. A oferta de CP no país está centrada em hospitais e, mesmo na realidade hospitalar, a oferta de CP pode ser considerada uma exceção no sistema de saúde brasileiro (menos de 10% dos hospitais brasileiros disponibilizam uma Equipe de CP). Outro ponto importante demonstrado neste levantamento diz respeito a desigualdade de disponibilidade dos serviços, com mais de 50% destes concentrados na região sudeste, e apenas 13 equipes (menos de 10% do total das equipes) em toda a região norte-nordeste (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018).

Somando aos dados da ANCP, a *International Association for Hospice and Palliative Care* (2013), com a finalidade de apresentar uma visão global da situação dos CP na América Latina, ressaltou que, no Brasil, a maioria dos estabelecimentos que oferecem CP está sob responsabilidade do serviço público e de hospitais conveniados com o mesmo. Reitera também que os serviços estão centrados principalmente em adultos com câncer, seguidos, em menor escala, por pacientes com VIH-SIDA, com demência, sequelas neurológicas e pacientes com insuficiência funcional.

### 2.3.1 Ensino em CP

Outro dado importantíssimo levantado pela ANCP, ratificado pela *International Association for Hospice and Palliative Care*, diz respeito à inserção dos CP no cenário educacional brasileiro. “A educação é uma das melhores formas de dar base e criar a cultura necessária para a difusão do conceito do cuidado paliativo e de todas as características que lhe são inerentes”. (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006, p. 22).

Na graduação são raras as faculdades que oferecem alguma formação na área dos CP, geralmente fazendo-o em disciplinas eletivas. Já nos cursos de pós-graduação, são pouquíssimos os estabelecimentos de ensino que oferecem formação e há também os que disponibilizam formações precárias (International Association for Hospice and Palliative Care, 2013; Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

Silva, Santanda, Santos, Cirilo, Barrocas & Moreira (2015) destacam, na pesquisa realizada em uma UNACON no estado do RJ, os déficits na formação profissional como uma dificuldade no favorecimento de um cuidado de qualidade, ressaltando a necessidade de ampliar a discussão sobre a qualificação dos profissionais que trabalham em CP.

De acordo com o documento elaborado pela ANCP, apresentado na tabela 6, torna-se necessária a existência de diferentes níveis de educação para as diversas profissões da área da saúde de acordo com as necessidades de cada um e a especificidade de cada profissão. “O nível de educação necessário deve ser ajustado ao envolvimento dos CP na prática do dia-a-dia” (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006, p.22).

**Tabela 6 - Níveis de Educação em Cuidado Paliativo** (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

Níveis	Ensino	Descrição
Nível I	Básico (não-graduados)	Futuros profissionais da saúde durante a sua graduação em um treinamento inicial.
Nível I	Básico (graduados)	Profissionais da área da saúde formados que trabalham no sistema de saúde normal e que se confrontam com situações que necessitam da abordagem paliativa.
Nível II	Avançado (pós-graduados)	Profissionais formados que trabalham em unidades de cuidado paliativo, ou em ambulatório, ou enfermaria geral e que atuam no desenvolvimento de pessoas. Profissionais qualificados que frequentemente se confrontam com situações de cuidado paliativo, como oncologistas, médicos de família, pediatras e geriatras.
Nível III	Especialista (pós-graduados)	Profissionais formados que têm sob sua responsabilidade as unidades de cuidado paliativo, ou que oferecem um serviço de consultoria e/ou contribuem de forma ativa para a educação e a pesquisa na área.

A educação oferecida deve ser de caráter interdisciplinar, pois a equipe de saúde deve estar apta a trabalhar conjuntamente, de forma efetiva, sendo necessário que se tenha em mente a responsabilidade da equipe como um grupo profissional e o papel de cada um dos

componentes da equipe para se manter a unidade de ação (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

A estruturação adequada da equipe de saúde com os devidos provimentos material e profissional, imbuída do sentido da unidade de ações para o atendimento de qualidade, respaldada por formação específica e atuação científica, propicia a realização plena da prestação dos CP à comunidade, cumprindo as funções norteadoras do Serviço Público de Saúde: equânime, integral e universal.

### **2.3.2 Equipes Interdisciplinares em CP**

A interdisciplinaridade nas equipes de CP é considerada essencial na assistência aos sintomas biopsicossociais e espirituais. Considera-se equipe básica aquela que inclui médico (a) e enfermeiro (a), com a cooperação de profissionais da psicologia e/ou serviço social. Já na equipe completa, há a incorporação, além dos profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e/ou assistência social, dos especialistas de fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e outros (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

A equipe de profissionais de CP deve dispor de capacitação avançada e atualizada, com avaliação periódica de conhecimento e supervisão por órgão oficial e/ou sociedade competente garantindo atendimento digno, humanizado e baseado nos princípios dos CP aos pacientes e familiares (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

### **2.3.3 Modalidades de Assistência**

Diante da escassez de referências internacionais sobre modelos de atenção em CP, cada país tem buscado adaptar-se à prática dos mesmos com recursos preexistentes. A grande recomendação para os CP de acordo com a OMS é: assistência pautada em conceitos e princípios e adaptada à realidade de cada país ou região. Segundo a ANCP os CP podem ser prestados, a pacientes de idades e doenças diversas, através de Unidades de internação em CP e Unidades de atendimento a pacientes externos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

- **Unidades de internação em CP**

- Enfermaria de CP: Consiste numa ala de um hospital geral secundário ou terciário que opera em leitos próprios e equipe especializada em CP. A equipe deve ser composta por médicos, equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêutico clínico e voluntário, além da ação intermitente de outros no hospital. A equipe da enfermaria deve estar bem treinada, compactuando com a ideia de maior flexibilidade com relação às visitas de familiares, alimentação e regras do hospital (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).
- Grupo consultor em CP (equipe intra-hospitalar): Consiste na criação de uma equipe profissional muito bem treinada que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital para a elaboração de um plano terapêutico de cuidado centrado no paciente e sua família. Neste caso, a equipe não assume o doente de forma integral. As equipes de interconsulta (intra-hospitalar) podem estar vinculadas e serem originadas nas enfermarias de CP



quando existentes ou trabalharemos como forma exclusiva em pequenos hospitais, onde não comportem leitos próprios. A maioria das equipes de CP que atuam nos serviços hospitalares no Brasil funciona nesta modalidade (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

- Unidade hospitalar especializada em CP: Este é o equivalente ao termo inglês *Hospice*. Consiste numa unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas a necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

- **Unidades de atendimento a pacientes externos**

- Ambulatório de CP: Baseada no modelo de consultas com um especialista, o principal benefício do ambulatório de CP é poder acompanhar os doentes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente. O ambulatório de CP deve proporcionar ao doente um excelente controle de sintomas biopsicossociais e espirituais. (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

O acompanhamento ambulatorial deve sempre atender ao princípio da atenção multiprofissional ao doente através de uma equipe mínima (médico, enfermeira, psicólogo, e/ou assistente social) ou equipe nuclear completa (médico, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social), com possibilidade de acessar outros profissionais, quando necessário (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

- Unidade Dia de CP: Trata-se de uma modalidade de assistência destinada a pacientes que permanecem no domicílio. A Unidade Dia de CP funciona de 5 a 6 horas durante o dia e conta com diversas terapêuticas complementares proporcionadas por profissionais muito bem qualificados da área de fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, arteterapia, cuidados com a aparência, nutrição (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).
- Atendimento domiciliar em CP: A modalidade de atendimento a pacientes em CP no domicílio caracteriza-se por atividade destinada a pacientes portadores de doença avançada, em progressão, e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas a partir de um plano de cuidados previamente estabelecido. Esses pacientes tem a possibilidade de continuarem em seu contexto familiar e social e receberem atenção de profissionais da saúde que podem ser médicos ou enfermeiros treinados para este fim e atentos às especificidades dos CP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).
- Hospedarias de CP: Concebidas com base no que os americanos chamam de *Nursing Homes*, são unidades destinadas a pacientes relativamente estáveis, com grau variado de dependência funcional e sintomas bem controlados ou de intensidade leve a moderada. As hospedarias abrigam pacientes que poderiam permanecer em seus domicílios, mas não conseguem por fatores distintos como falta de cuidador habilitado, distância do centro de tratamento em

situação de necessidade de intervenções paliativas, dificuldades relativas à alta dependência (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

#### **2.3.4 Níveis de Atenção**

Os CP devem ser planejados em função dos diferentes níveis de atenção (ações paliativas, nível I, nível II e nível III), de forma a satisfazer as necessidades locais, assegurando a continuidade dos cuidados através de uma efetiva articulação entre os diferentes níveis existentes e seu espaço geográfico, com definição de fluxos de encaminhamento, cadastramento de pacientes e de unidades assistenciais de referência, respeitando-se as realidades regionais (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006). Os níveis de atenção, segundo a ANCP, são:

##### **2.3.4.1 Ação paliativa**

Corresponde ao nível básico da palição prestadas em regime domiciliar e/ou ambulatorial, no âmbito da rede de serviços básicos de saúde. São ações paliativas que não contam com estruturas diferenciadas e/ou especializadas (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

##### **2.3.4.2 CP de nível I**

Os CP de nível I são prestados por equipes com formação em CP e que estão permanentemente em processo de educação nessa área. Estruturam-se através de equipes móveis que não dispõem de estrutura de internação própria, mas de espaço físico para sediar suas atividades (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

Podem ser prestados tanto em regime domiciliar quanto em regime de internação, articulando-se o fluxo com uma unidade assistencial de referência para esse último modelo de cuidados, limitando-se a funções de aconselhamento com suporte nas dimensões sociais, emocionais e espirituais (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

##### **2.3.4.3 CP de nível II**

Os CP de nível II são prestados em unidades assistenciais com internação própria ou em domicílio, por equipes diferenciadas que os prestam e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, compreendendo o âmbito de atuação da média complexidade (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

São prestados por equipes multiprofissionais com formação diferenciada em CP e que, além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação dos cuidados psicossociais e espirituais (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

##### **2.3.4.4 CP de nível III**

São unidades de referência na área, compreendendo responsabilidades em formação, educação continuada, pesquisa, definição de protocolos de conduta e apoio técnico assistencial nas situações que necessitem de atuação em maior complexidade. Somam-se às condições e capacidades próprias dos CP de nível II as seguintes características: desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada e capacitação em CP; desenvolvimento de pesquisa em CP, assim como de protocolos e

condutas na área; capacidade, através de equipe multidisciplinar completa e qualificada, de responder e orientar situações de elevada exigência e complexidade em CP (Maciel, Rodrigues, Naylor, Bettega, Barbosa, Burlá & Vale e Melo, 2006).

De fato a classificação acima demonstra a necessidade de prestação dos serviços de CP, a partir do nível I, por equipes com formação em CP, inseridas em ambiente com recursos e estruturas adequados para o suporte aos pacientes nas dimensões sociais, psicológicas, biológicas, emocionais e espirituais.

### 3 Metodologia

#### 3.1 Questão de investigação, objetivo e hipóteses

Procurando responder às inquietações provenientes da prática profissional e para as quais não foram encontradas respostas satisfatórias na revisão de literatura efetuada, elaborou-se a seguinte questão de investigação:

**Como se estruturam/organizam os serviços públicos de Cuidados Paliativos nas instituições de saúde habilitadas na Alta Complexidade em Oncologia, Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), no Brasil?**

De acordo com a questão aludida, formulou-se o seguinte objetivo:

**Objetivo** – Identificar e descrever os Serviços Públicos de CP em estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia, UNACON E CACON, no Brasil a partir do Formulário *online* desenvolvido no âmbito desta investigação.

Em vista disso, com o propósito de dar resposta a questão de investigação, desenvolveram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Há uma discrepância efetiva na oferta de serviços de CP em estabelecimentos públicos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia entre as regiões do país.

**Hipótese 2:** Os estabelecimentos especializados na Atenção Oncológica não oferecem, adequadamente, o atendimento em CP, embora sejam regulamentados e garantidos por determinação normativa (portarias nº874, nº140 e nº458, particularmente)

**Hipótese 3:** A estruturação organizacional que prepondera no cenário dos Serviços Públicos de CP nos estabelecimentos de saúde habilitados na Alta Complexidade em Oncologia no Brasil é a ambulatorial.

**Hipótese 4:** A equipe de CP que presta assistência a pacientes oncológicos é composta maioritariamente por médicos e enfermeiros (equipe básica).

**Hipótese 5:** Os profissionais da equipe não possuem formação acadêmica adequada em CP.

#### 3.2 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e procedimento técnico de levantamento (*Survey*) mediante formulário elaborado no âmbito da pesquisa. O estudo contou com uma amostra de 140 Instituições (UNACON/CACON) alocadas em diferentes regiões do Brasil.

#### 3.3 Amostra

Considerando o propósito de identificar e descrever a realidade dos Serviços Públicos de CP nas UNACON e CACON do Brasil, através da coleta de dados organizacionais e estruturais de acesso público e irrestrito – obteníveis pelo contato direto com os estabelecimentos e/ou requisição de informações às instâncias gestoras do SUS com recurso à Transparência Passiva

da Administração Pública <sup>7</sup> (Lei do Acesso à informação (LAI) nº 12.527 de 18/12/2011) – foram efetivados contatos com todas as CACON E UNACON, 311 instituições, regulamentadas pelas portarias nº 874 GM/MS, de 16 de maio de 2013, e nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2014; e relacionadas na Portaria GM/MS nº458 SAS/MS de 24 de fevereiro de 2017.

Respaldados na publicação desta portaria (nº458 SAS/MS, de 24/02/2017), conseguiu-se determinar a listagem dos estabelecimentos habilitados pelo MS na alta complexidade oncológica (UNACON e CACON). Posteriormente, em 26/03/2018, mediante solicitação no interesse da fidedignidade da amostra da pesquisa, acolheu-se do MS a relação atualizada das instituições credenciadas remanescentes e incorporadas.

Os estabelecimentos que não estivessem listados na portaria não participaram da pesquisa, como também os estabelecidos, presentes na normativa nº458 SAS/MS, que eram habilitados como Hospital geral de cirurgia e radiologia.

### 3.4 Instrumentos de recolha de dados

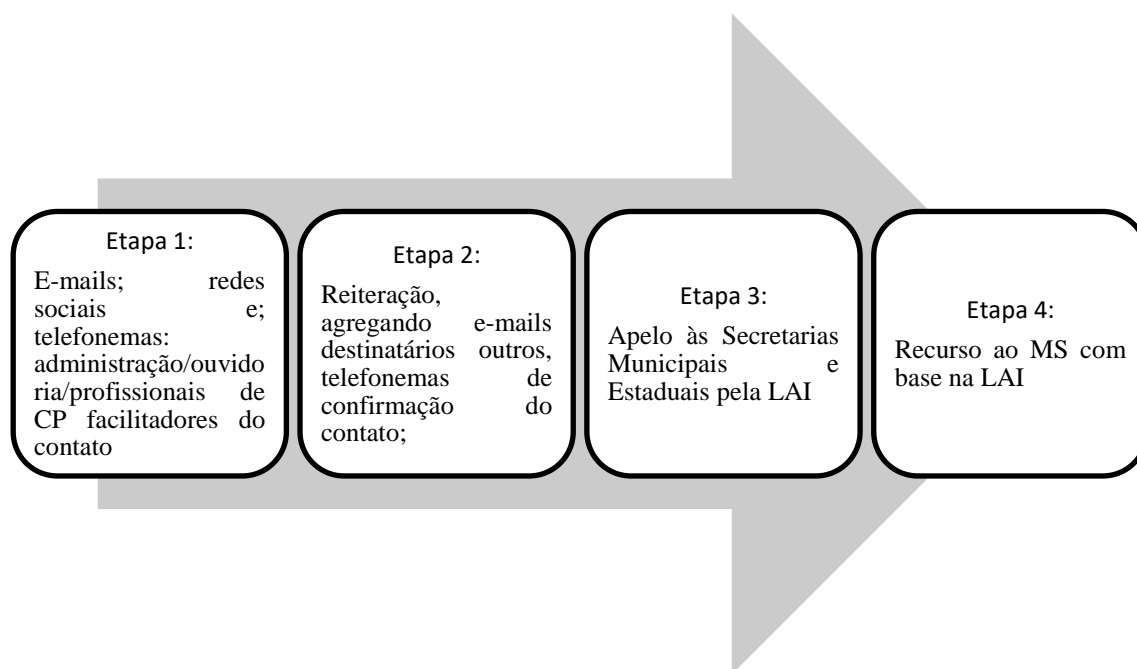
Foram coletados dados de acesso público e irrestrito através de um formulário *online* intitulado “Identificação Serviços de CP”, anexado à plataforma Google. Previamente ao envio do formulário aos estabelecimentos (CACON E UNACON) foi realizado um pré-teste, com 6 pessoas, visando prever dificuldades e/ou dúvidas que pudessem, eventualmente, surgir na interpretação, no acesso à ferramenta e/ou no preenchimento do formulário *online*.

No que diz respeito ao instrumento de coleta de dados (formulário), definiu-se pela composição de 5 (cinco) secções, das quais a “SECÇÃO 1” contem 5 (cinco) quesitos de respostas obrigatórias, sendo a resposta deste 5º quesito determinante para a prossecução do preenchimento do formulário e “salto/desvio” para a respectiva secção seguinte. Dirigido pela resposta ao quesito de número “5” da secção 1, o preenchimento do formulário prossegue para as seguintes secções, respectivamente: “SECÇÃO 2” (serviço de CP na instituição), “SECÇÃO 3” (serviço referenciado de CP), “SECÇÃO 4” (serviço contratualizado de CP) ou “SECÇÃO 5” (sem CP no estabelecimento). A “SECÇÃO 2” compõe-se de 4 (quatro) quesitos. “SESSÕES 3 e 4” constituem-se cada uma de 4 (quatro) quesitos e a “SECÇÃO 5” conta com 1 (um) quesito obrigatório (ANEXO A).

### 3.5 Recolha e tratamento de dados

A recolha dos dados desenvolveu-se no período compreendido entre o dia 1 de novembro de 2017 e o dia 29 de junho de 2018. A amplitude do período deveu-se, necessariamente, à morosidade e/ou à carência das respostas ao instrumento da pesquisa pelos estabelecimentos. Ademais a dinâmica do levantamento dos dados caracterizou-se por etapas, objetivando a obtenção da quantidade máxima possível de respostas com a maior fidedignidade, com a diversificação intra-etapas da estratégia de abordagem, quando necessária à reiteração dos contatos e/ou apelo à LAI. Na Figura 5, estão descritas as etapas do processo de recolha de dados que serão discutidas a seguir de forma detalhada.

<sup>7</sup> É a disponibilização de informações públicas em atendimento a demandas específicas de uma pessoa física ou jurídica (Lei nº 12.527/11 de 18 de dezembro).



**Figura 5 - Processo de recolha de dados**

Recorreu-se a correspondências eletrônicas (e-mails contendo *link* do formulário *online* e anexos) na etapa de contatos diretos com as Administrações e/ou Ouvidorias dos estabelecimentos (1ª etapa). Os endereços eletrônicos não disponíveis na WEB foram obtidos por contato telefônico com os estabelecimentos. Concomitante e complementarmente, ainda nesta etapa, explorou-se as facilidades das “Redes Sociais” para identificar profissionais militantes da área de CP em suas respectivas localidades/unidades, visando a potencializar e desembaraçar os pedidos de informação junto às instituições.

Residualmente, precisou-se responder às dúvidas suscitadas por alguns Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) de alguns estabelecimentos, esclarecendo se tratavam de pedidos de informações de acesso público e sem restrição, respaldados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016 - cuja regulamentação é aderente (hierarquia normativa) à LAI - que desobriga, conforme seu Parágrafo único, inciso II, de registro nem de avaliação pelo Sistema CEP/CONEP.

A etapa seguinte (2ª etapa) constituiu-se da reiteração das correspondências eletrônicas e, eventualmente, ligações telefônicas para confirmar e/ou agregar destinatários, quando evidenciadas as ausências de respostas no decurso de um prazo pré-estipulado na estratégia. Foram também abrangidas as instituições identificadas no decorrer da pesquisa como aglutinadoras de um grupo de estabelecimentos de saúde. Exemplos: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH (congrega hospitais universitários federais e outros), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS (órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal), Federação das Santas Casas de Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais - FEDERASSANTAS (abrange as entidades hospitalares do setor filantrópico de Minas Gerais). Por fim, nesta etapa, explorou-se o contato por correspondência eletrônica com as Comissões Intergestores Bipartite dos Estados e do Distrito Federal.

Com a etapa 3 pretendeu-se a obtenção dos dados, apelando-se para a Lei de Acesso à Informação (LAI) e instando as Secretarias Estaduais de Saúde a suprir a falta de informação

dos estabelecimentos da sua jurisdição. Também, Secretarias Municipais de Saúde foram abordadas com base na LAI (até porque garante de disponibilidade, autenticidade, integridade e primariedade da informação), principalmente, nos casos de capitais dos Estados para as quais ainda havia baixa participação nas respostas. Utilizaram-se nesta etapa as plataformas “Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão - e-SIC”.

Por fim, na etapa 4 optou-se por requerer os dados ao Ministério da Saúde, contando que o Gestor Federal do SUS se desincumbisse de informar/ajudar na coleta dos dados dos recalcitrantes em responder, não obstante já tentara colher os dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS e constatado a inexistência dos dados no sistema. Devido à necessidade de interposição de recursos, findo o período de levantamento dos dados, persiste a pendência de resposta na esfera derradeira da CGU.

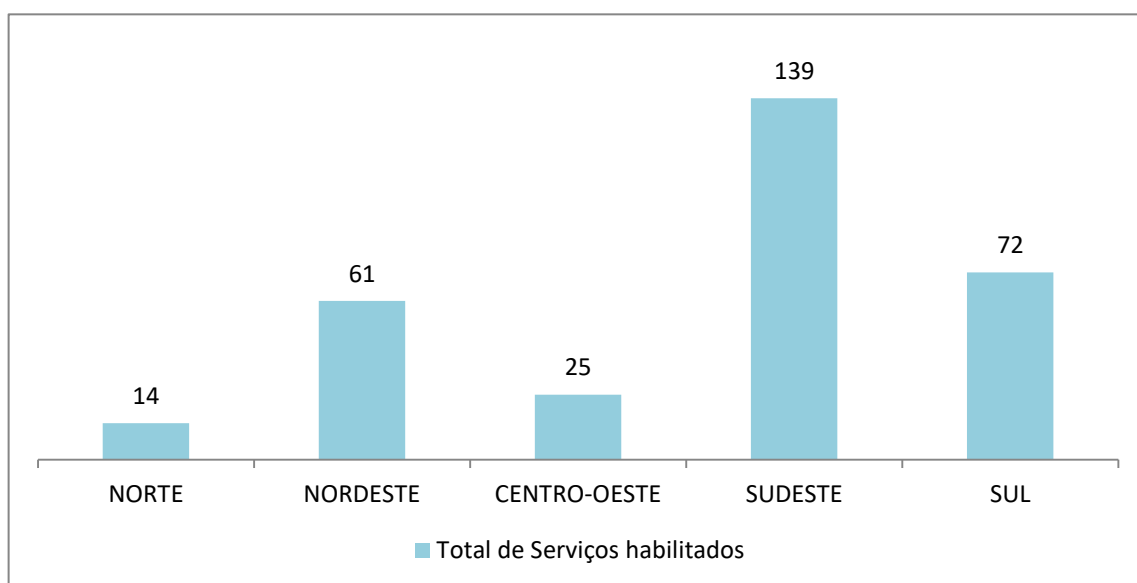
Foram contatadas todas as instituições, exceto hospitais gerais de complexo hospitalar e serviços de radioterapia de complexo hospitalar, relacionadas na portaria nº 458 SAS/MS, de 24/02/2017, inclusive as remanescentes e/ou atualizadas em 26/03/2018, totalizando 311 estabelecimentos de saúde. Procedidas as etapas da recolha de dados, obteve-se 140 respostas. As respostas obtidas foram tabuladas em figuras e quadros, estatística descritiva, com utilização dos programas do pacote *Office: Excel e Word*, propiciando o tratamento e análise correlacional entre os resultados e o referencial teórico.

## 4 Apresentação e Discussão dos Resultados

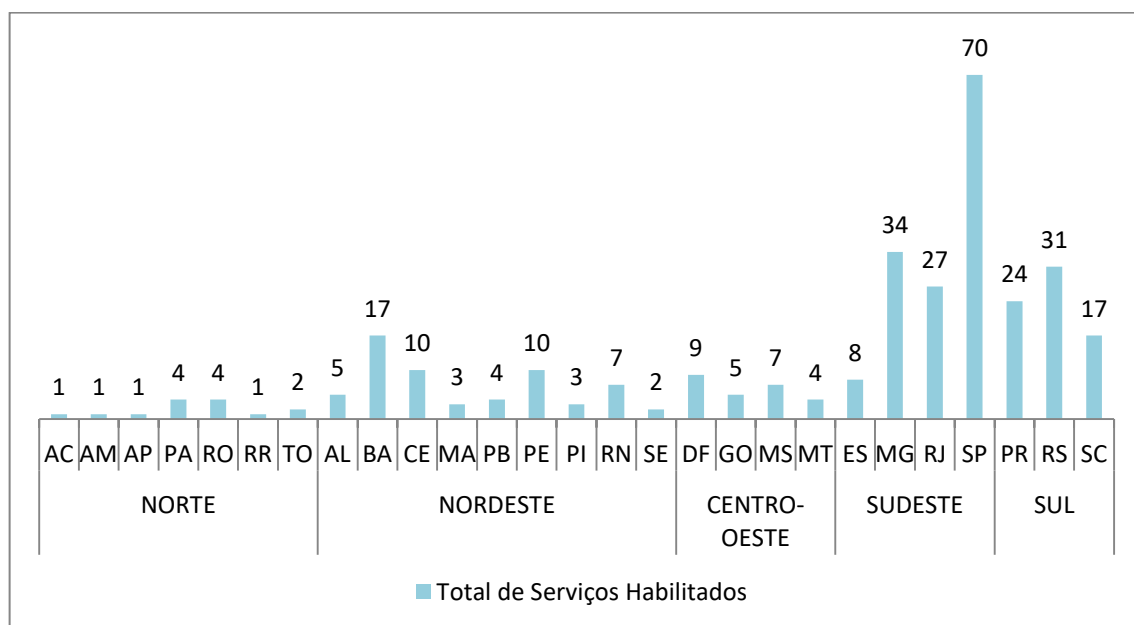
### 4.1 UNACON e CACON no Brasil

#### 4.1.1 Instituições habilitadas

De acordo com a portaria SAS/MS nº458 de 24 de fevereiro de 2017, 311 estabelecimentos mantiveram suas habilitações como UNACON e CACON. Nesse primeiro momento, identifica-se uma concentração maior de serviços habilitados nas regiões Sudeste, particularmente no estado de São Paulo (SP), e Sul (figuras 6 e 7).



**Figura 6 - Serviços habilitados por região (UNACON e CACON)**



**Figura 7 - Serviços habilitados por estado**



O número de estabelecimentos de saúde a serem habilitados como CACON ou UNACON observa a razão de 1 (um) estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes. O cálculo da população de referência deve ser feito com base nas estimativas mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população da respectiva Região de Saúde ou Regiões de Saúde contíguas, intraestaduais ou interestaduais (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro).

A estimativa populacional do Brasil conforme o IBGE (2017) é de aproximadamente 208 milhões de habitantes. Portanto, avaliando somente o critério de quantidade populacional, calcula-se que para atendimento na Alta Complexidade em Oncologia precisaríamos de 416 instituições habilitadas no Brasil (tabela 7).

**Tabela 7: Estimativa do número de UNACON e CACON a partir do número populacional (IBGE, 2017; Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro).**

<b>Região</b>	<b>População (aprox.)</b>	<b>Estimativa de serviços habilitados</b>	<b>Estabelecimentos habilitados segundo Portaria SAS/MS nº 140</b>
<b>NORTE</b>	18.000.000	36	14
<b>NORDESTE</b>	57.000.000	114	61
<b>CENTRO-OESTE</b>	16.000.000	32	25
<b>SUDESTE</b>	87.000.000	174	139
<b>SUL</b>	30.000.000	60	72
<b>TOTAL</b>	28.000.000	416	311

Em vista disso, podemos aferir que, com exceção da região Sul, as regiões apresentam um déficit no número de UNACON/CACON, podendo resultar em uma cobertura de atendimento limitada ou insuficiente.

Corroborando com essa análise, o Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU) evidenciou preliminarmente - através de fiscalizações em desenvolvimento em todos os Estados sobre a execução de Políticas Públicas de tratamento contra o câncer, além de auditorias no MS (Plano Tático 2017) - a necessidade de ampliação do número de hospitais aptos a atender os pacientes com câncer (Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, 2017).

#### **4.1.1.1 CP como critério para habilitação das instituições**

Na habilitação das instituições em UNACON/CACON é obrigatório, dentre outros critérios, a prestação dos CP. Estes devem estar descritos em plano de cuidados registrado em prontuário,

podendo ser prestados na própria estrutura hospitalar ou de forma integrada a outros componentes e pontos de atenção da RASPCD (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro).

Durante o processo de habilitação, especificamente no documento intitulado “anexo II- Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação e Realizar Acompanhamento de CACON e UNACON”, adendo à portaria, detalhadamente no item “5”, questões sobre a oferta de CP são apresentadas como requisitos para fins de habilitação, como podemos ver nas figuras 8 e 9.

5. CUIDADOS PALIATIVOS - o hospital possui cuidados paliativos promovidos por uma equipe de profissionais da saúde voltada para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível:

☐ Sim ☐ Não

Realiza:

a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos);

☐ Sim ☐ Não

b) internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor);

☐ Sim ☐ Não

c) internações de longa permanência;

☐ Sim ☐ Não

d) assistência domiciliar.

☐ Sim ☐ Não

OBS: Para fins de habilitação de estabelecimentos de saúde como CACON ou UNACON, os cuidados paliativos dos respectivos doentes devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que cumpra os seguintes quesitos:

a) a rede é formalizada pelo respectivo Gestor do SUS na área de abrangência do CACON ou da UNACON;

☐ Sim ☐ Não

b) cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos possui o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;

☐ Sim ☐ Não

c) a referência entre os serviços é feita em conjunto e sob regulação do respectivo Gestor do SUS;

**Figura 8 - Anexo II-Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação e Realizar Acompanhamento de CACON e UNACON (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro)**

☐ Sim ☐ Não

d) os doentes são encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;

☐ Sim ☐ Não

e) as UNACON e os CACON oferecem suporte à distância e assumem a responsabilidade pelo atendimento de doentes contrarreferidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e

☐ Sim ☐ Não

f) as UNACON e os CACON oferecem em conjunto com o respectivo Gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.

☐ Sim ☐ Não

g) os Cuidados Paliativos obedecem às regulamentações específicas do Ministério da Saúde para a área.

☐ Sim ☐ Não

**Figura 9 - anexo II-Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação e Realizar Acompanhamento de CACON e UNACON (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro)**

A habilitação e manutenção da habilitação dos estabelecimentos de saúde estão condicionadas ao cumprimento contínuo das normas estabelecidas na Portaria SAS/MS nº140 e no Capítulo III Seção II, no Componente Atenção Especializada, da portaria SAS/MS nº874. O MS avalia o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde e, caso a avaliação

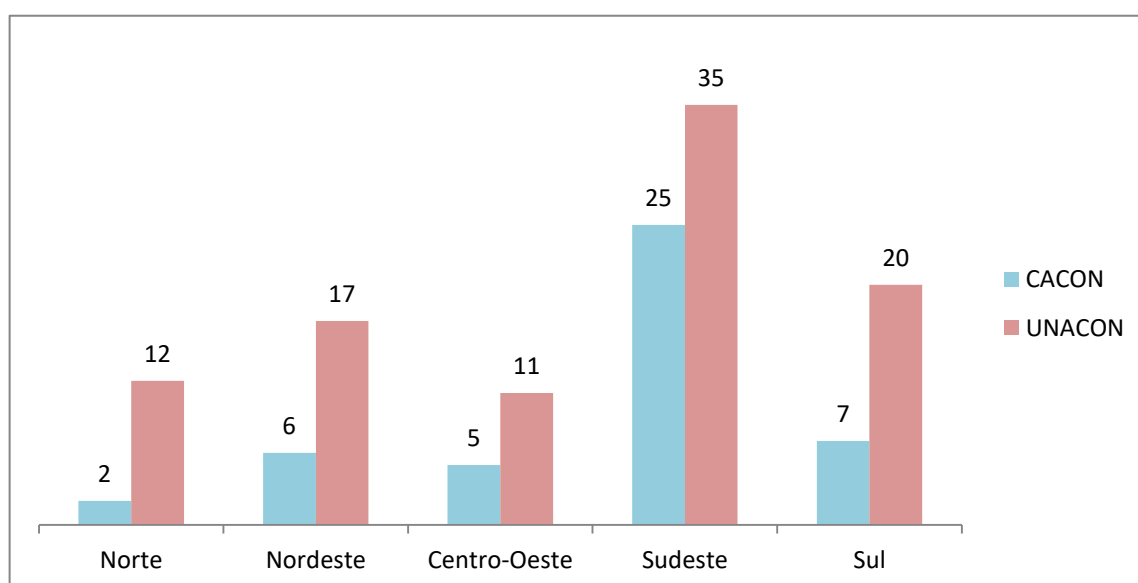
da habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) toma as providências para a publicação da habilitação.

Em caso de descumprimento do disposto acima, cabe a SAS/MS solicitar aos órgãos auditores do Ministério da Saúde, das Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde, a avaliação do CACON ou UNACON, com vistas à adoção das sanções cabíveis, até a resolução do problema identificado (Portaria nº 140/14 de 27 de fevereiro).

Diante da exigência da oferta de CP na Alta Complexidade em Oncologia, a pesquisa buscou identificar e descrever os Serviços Públicos de CP nas 311 UNACON/CACON habilitados, registrando um total de 140 (45%) respostas ao instrumento da coleta de dados, dos quais 37 (26%) declararam não possuírem e (ou) não referenciar/contratualizarem serviço de CP.

#### 4.1.2 Instituições respondentes

Após a finalização do prazo da coleta de dados, dentre as 311 instituições habilitadas e contatadas pelos pesquisadores, apurou-se 140 (45%) respostas ao formulário (figura 10).



**Figura 10 - Instituições respondentes por Região**

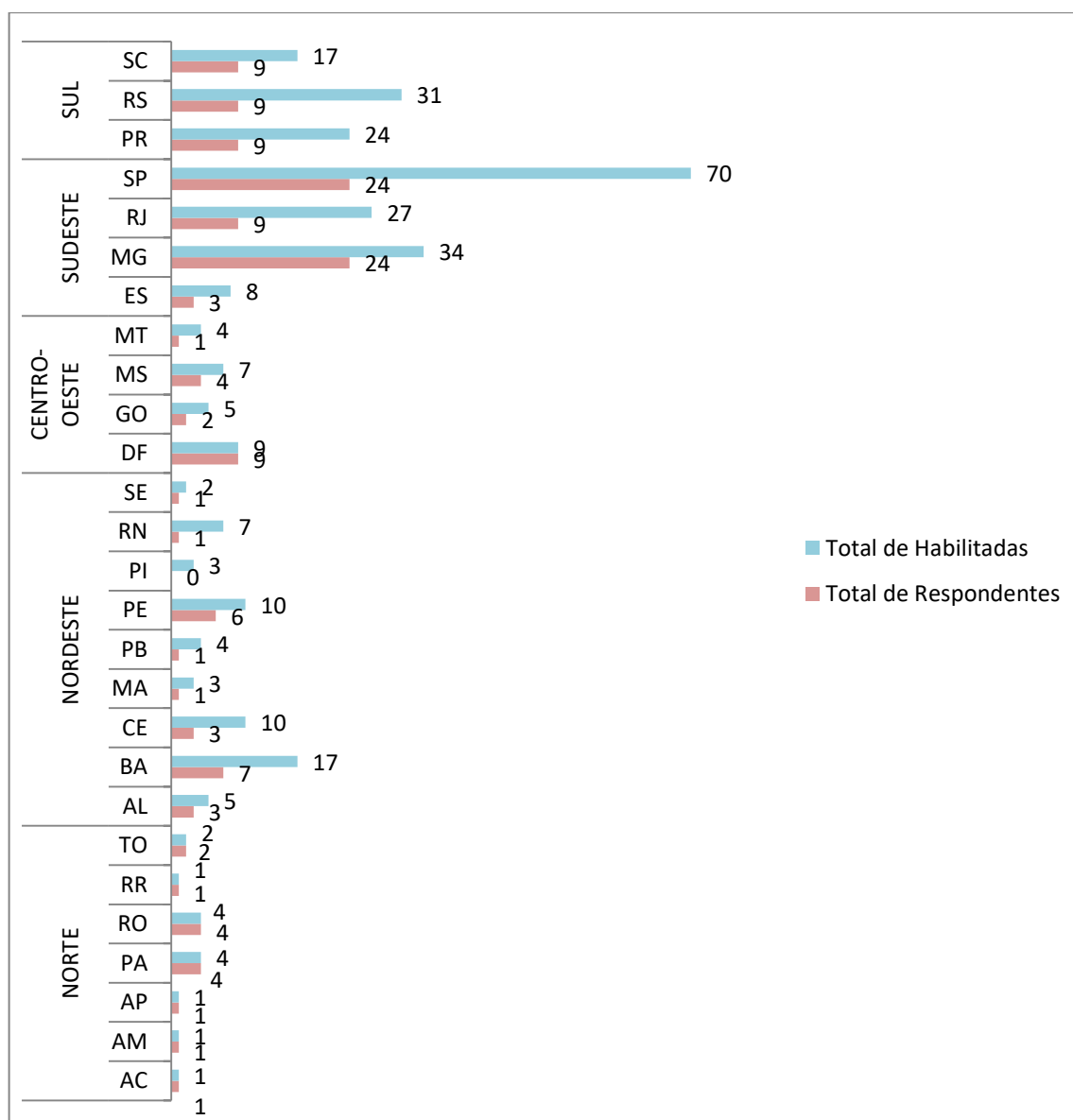
Na região Norte todas as instituições responderam ao formulário, presumivelmente, pela facilidade do levantamento no que tange ao número pequeno de instituições habilitadas na região: menor número absoluto de habilitações por região 4,5% (n=14; N=311). Ademais, duas Unidades Federativas (UF) da região Norte, Pará e Rondônia, juntas perfazendo 57% (n=8, N=14) das habilitações regionais, concentram, cada uma, 75% dos estabelecimentos habilitados nos estados em suas respectivas capitais, Belém e Porto Velho, o quê, dadas as circunstâncias e a dinâmica da pesquisa, revelou-se produtivo para o levantamento. Os outros 5 estados da região contam com somente 1 serviço oncológico estabelecido, também, nas respectivas capitais, à exceção do Estado do Tocantins que apresenta uma segunda instituição habilitada no município de Araguaína.

Convém pontuar que decorre do próprio critério do tamanho populacional essa concentração dos serviços oncológicos nas populosas capitais/regiões metropolitanas, observável no quadro

nacional das habilitações, a despeito da orientação da Portaria SAS/MS nº140 em relação à priorização da interiorização dos serviços especializados em oncologia.

Na região Centro-Oeste, contando com o segundo menor contingente de estabelecimentos habilitados (figura 11), a pesquisa contabilizou 64% (n=16; N=25) de respostas. O Distrito Federal contribuiu com as respostas de todos seus estabelecimentos. Outro destaque nesta região foi o estado do Mato Grosso do Sul com índice de respostas de 57% (n=4, N=7) em relação às habilitações do Estado. No Estado de Goiás, detentor da primazia nacional da instituição de uma Política Estadual de CP, Lei nº 19.723 de 10/07/2017, o levantamento retornou 2 respostas provenientes da capital, Goiânia, equivalentes a apenas 40% das instituições habilitadas no estado. Embora recente a legislação estadual supracitada, infere-se a presença de um movimento loco-regional em relação aos CP no poder público estadual, contudo a pesquisa não conseguiu sensibilizar a Secretaria Estadual da Saúde, nem mesmo através da Lei de Acesso à Informação (LAI), á disponibilização das informações.

Nas demais regiões, destacamos que Alagoas (AL), Pernambuco (PE), Sergipe (SE), Distrito Federal (DF), Mato Grosso do Sul (MS), Minas Gerais (MG) e Santa Catarina (SC) foram os estados que alcançaram índices maiores ou iguais a 50% de instituições respondentes comparadas ao total de serviços habilitados (Figura 11).



**Figura 11 - Instituições habilitadas e respondentes por Estado**

Relativamente aos estados de MG e SC e ao DF, podemos ressaltar o cumprimento da LAI pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao prestarem as informações requeridas ou facilitarem a resposta direta à pesquisadora pelos estabelecimentos.

A Secretaria de Estado de Saúde de MG (SES), através da Coordenação de Alta Complexidade, entrou em contato, via e-mail, com todos os hospitais listados no anexo da demanda e solicitou que os mesmos preenchessem o link do formulário *online* até o dia 08/02/2018 (foi solicitada aos hospitais a confirmação do recebimento do e-mail pela Coordenação de Alta Complexidade para realização do controle do atendimento do pedido de informação).

A SES do DF requisitou às Instituições que respondessem aos formulários (que seguissem anexos em PDF, sempre que disponível a funcionalidade na plataforma eletrônica “e-SIC”) e em seguida devolveu-os respondidos ao solicitante.

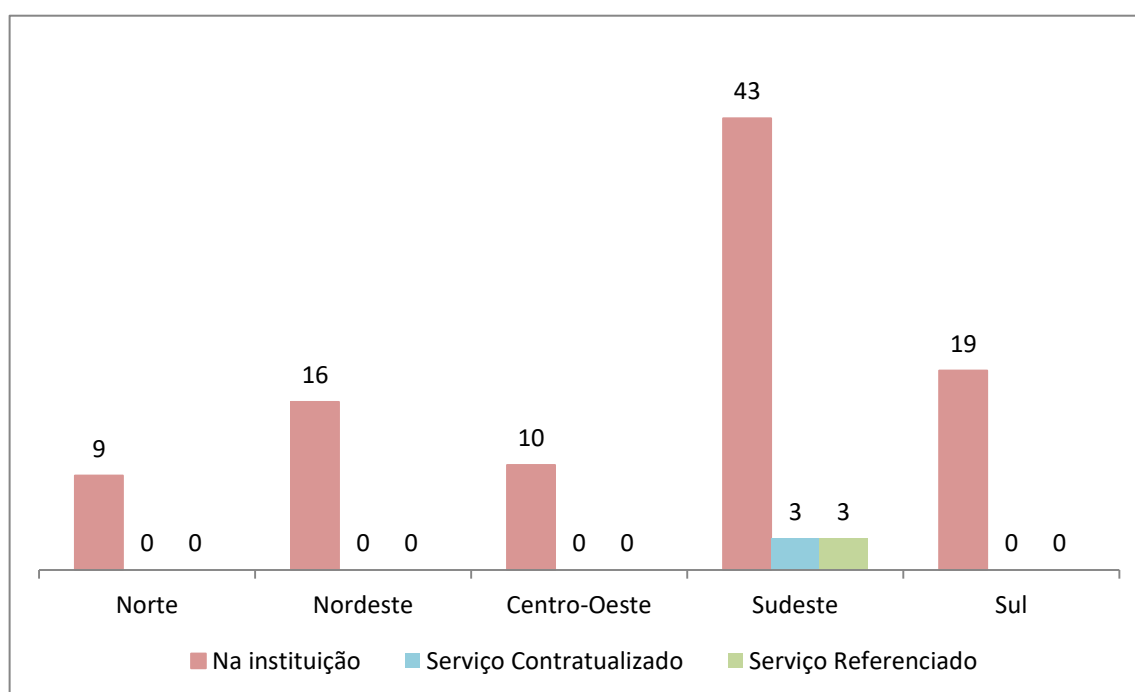
Já a SES de SC colaborou com o encaminhamento do formulário somente a determinadas instituições habilitadas no Estado, alegando que as demais listadas não faziam parte da rede

própria do Estado sob gestão da Secretaria de Saúde, orientando que os contatos sugeridos fossem feitos diretamente com as Secretarias Municipais de Saúde ou com as próprias instituições.

Dentre as solicitações às Secretarias Estaduais dos 26 Estados mais Distrito Federal, algumas foram respondidas, como as supraditas, e outras seguem pendentes como é possível identificar na figura 11.

#### 4.1.2.1 Unidades e Centros de Oncologia com serviço de CP

Das 140 respostas obtidas, 71 % (n=100; N=140) informaram ofertar serviço de CP na instituição, dos quais 3% (n=3; N=100) são disponibilizados na instituição através de contratualização. 2% (n=3; N=140) dos estabelecimentos participaram que referenciam os usuários a outros serviços de CP que compõem a RAPDC (figura 12).



**Figura 12 - Distribuição dos Serviços de CP por região**

Com as respostas supracitadas pudemos levantar informações a respeito do modelo de atenção mais utilizado pelas instituições, como também sobre a constituição das equipes multiprofissionais e a formação desses profissionais integrantes dessas equipes.

Segundo Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), na estruturação de um serviço de CP há questões primordiais a serem discutidas e pensadas pelos gestores institucionais. A formação/composição das equipes multiprofissionais, por exemplo, deve estar alinhada aos objetivos do modelo de atenção e esses profissionais precisam estar capacitados e treinados para assistirem aos pacientes em CP. Recomenda-se que após a análise das necessidades e realidade dos estabelecimentos, o passo seguinte é estudar cada estrutura e escolher o que melhor se adapta ao contexto institucional.

Na escolha da modalidade “equipe intra-hospitalar”, no quesito disposição dos profissionais na equipe, deverá contar com médico em período parcial de trabalho, enfermeiro e psicólogo

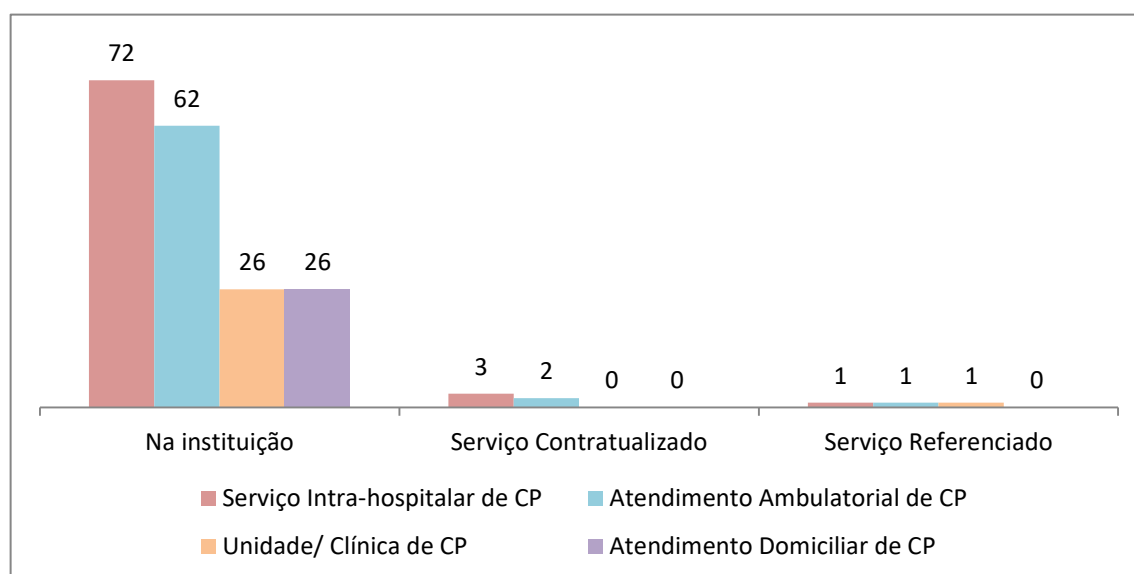
com formação na prática dos CP, assistente social (de acordo com a demanda local) e outros profissionais (Nutricionista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, farmacêutico e outros) não vinculados diretamente à equipe, mas que atuem em consonância com os princípios dos CP e que possam prestar assistência ocasionalmente. Essa equipe, que pode ser mínima, necessitará de treinamento e educação continuada para exercerem a prática em CP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

Na modalidade de atendimento Ambulatorial a equipe pode ser constituída por médico, enfermeira, psicólogo, com ou sem assistente social (equipe mínima) ou integrada por médico, enfermeira, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, com possibilidade de acessar outros profissionais quando necessário (nuclear completa). Os profissionais da equipe precisam dispor de formação específica na área (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

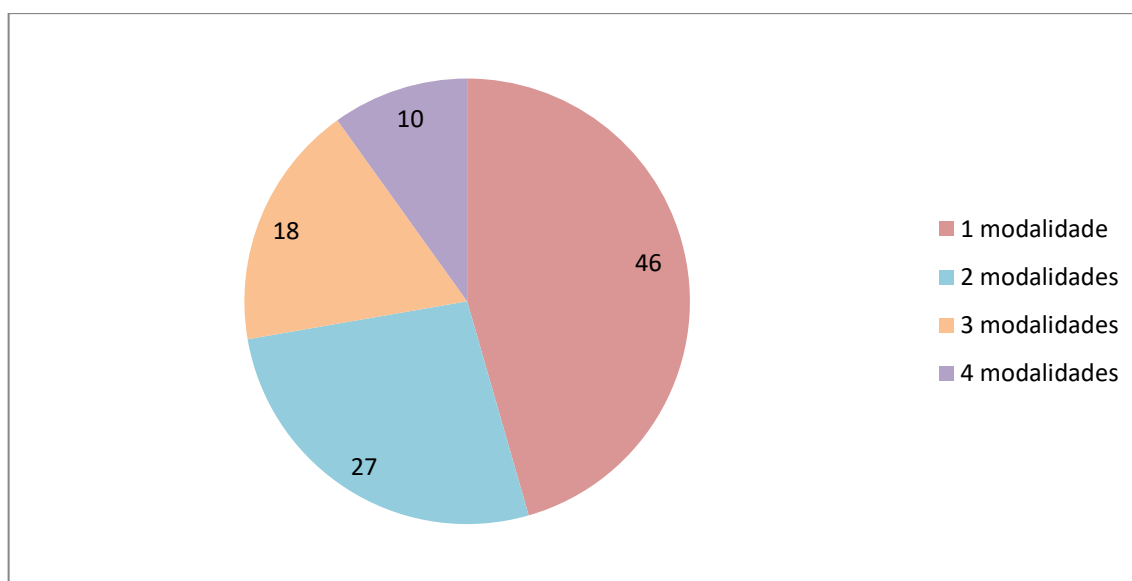
No atendimento domiciliar o cuidado pode ser realizado por médico ou enfermeira, treinados e atentos às especificidades dos CP, e em consonância e contínua troca de informações com a equipe de referência. Outra questão importante é a garantia de atendimento 24 horas/dia, 7 dias da semana para o enfrentamento imediato de situações de emergência.

Por fim, nas Unidades/Clínicas/Enfermarias de CP a equipe deve ser composta por médicos, enfermeiras e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico, podendo contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, voluntários e outros.

Das instituições que participaram da investigação, o modelo preponderante na assistência aos pacientes em CP (figura 13) é o de equipe intra-hospitalar (grupo consultor, volante ou itinerante), seguido do atendimento ambulatorial, atendimento em Unidades/Clínicas de CP (enfermarias de CP) e o atendimento domiciliar. As UNACON e CACON que participaram da pesquisa apresentavam, na sua maioria, mais de uma modalidade de atendimento (figura 14).



**Figura 13 - Modalidades de atenção nas instituições respondentes**



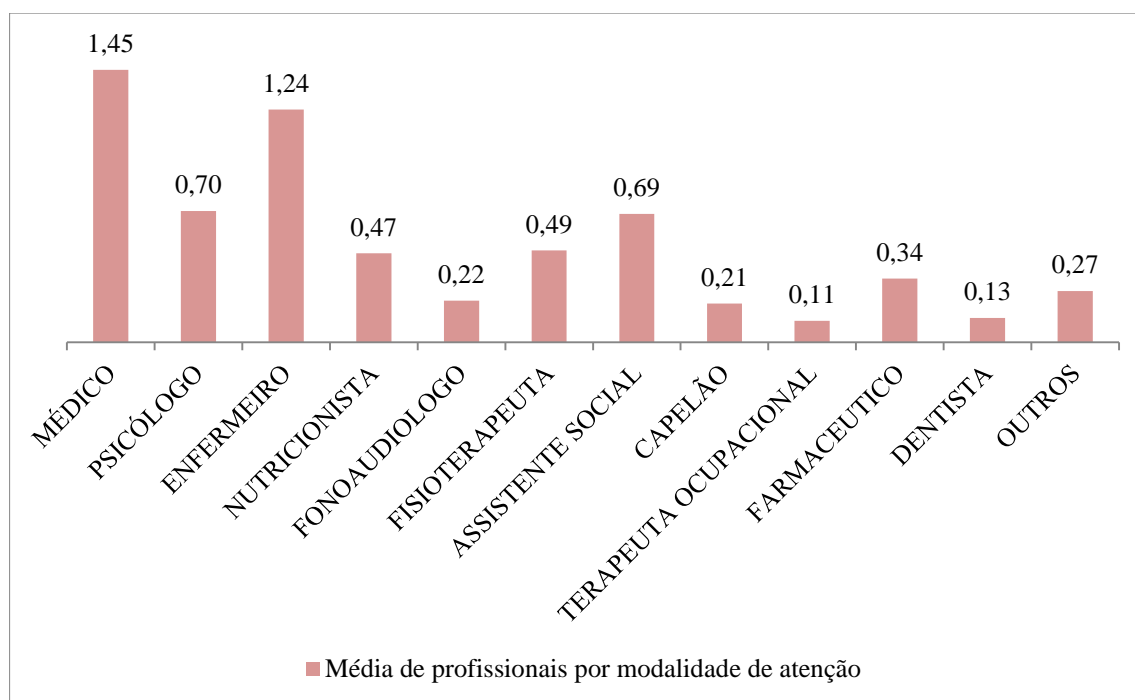
**Figura 14 - Quantidade de modalidades de atenção por instituições respondentes**

Na oferta das modalidades de atenção é preciso que as instituições disponham de recursos materiais e humanos, como também de estrutura física adequada para a prestação de cuidado de qualidade, individualizado e humanizado.

45,5% (n=46; N= 101) das instituições que oferecem uma modalidade de assistência, há a prevalência do serviço intra-hospitalar, seguido do atendimento ambulatorial, atendimento domiciliar e atendimento em Unidade/Clínica de CP. Já os hospitais que afirmaram ofertar 2 modalidades de atenção, o atendimento ambulatorial é o mais prevalente, dando sequência ao serviço intra-hospitalar, Unidade/Clínica de CP e o atendimento domiciliar. Das UNACON/CACON que responderam ofertar 3 modalidades, prevaleceu o atendimento ambulatorial, seguindo do intra-hospitalar, domiciliar e Unidade/Clínica de CP.

54,4% (n=55; N=101) dos estabelecimentos disponibilizam mais de uma modalidade de assistência e contam com um o déficit de recursos humanos nas equipes multiprofissionais como mostra a figura 15.





**Figura 15 - Média de profissionais por modalidade de atenção**

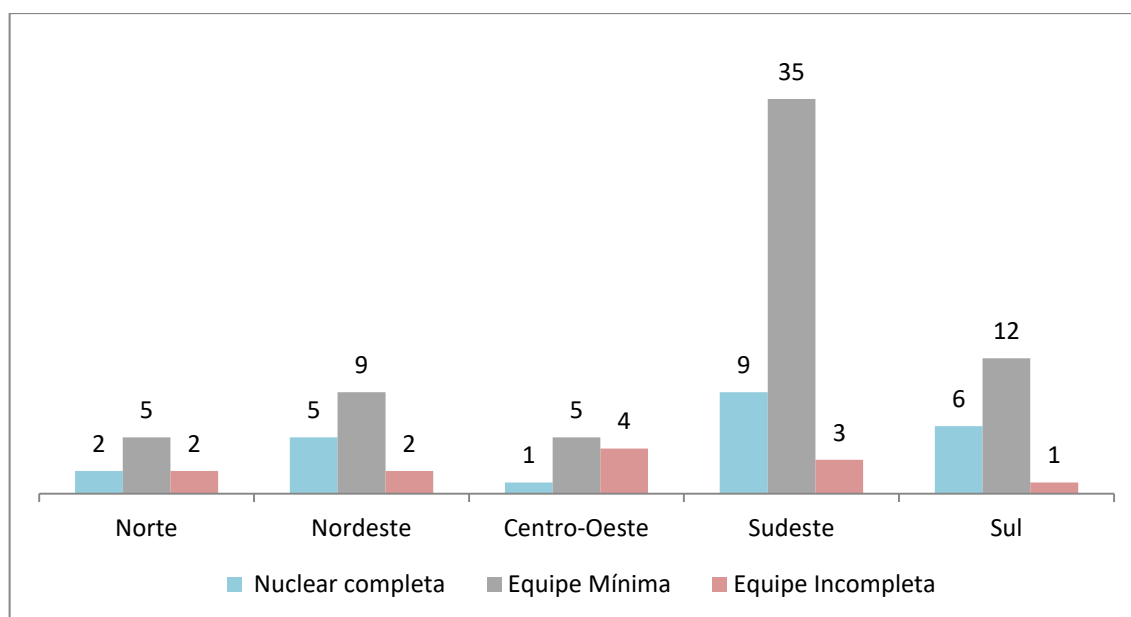
A CGU (2017), no Plano Tático 2017, identificou que alguns estabelecimentos de saúde que ofertam tratamentos oncológicos no SUS não possuem todos os profissionais exigidos, ratificando a ideia de escassez de recursos humanos.

Pode-se identificar na figura 15 que a oferta de uma modalidade de atendimento já apresentaria carência de profissionais. Quando as instituições se comprometem no atendimento em mais de uma modalidade, sem o número viável de profissionais, problemas relacionados à sobrecarga das atividades podem gerar desgastes, além de físicos, emocionais e psicológicos nessas equipes, que lidam constantemente com questões de fim de vida e de Bioética, como também prejuízo na qualidade do cuidado ao paciente e a família.

Vale ressaltar também que 42% (n=41; N=97) das equipes que atuam em CP na instituição atendem também pacientes não-oncológicos, reforçando a ideia de escassez de recursos humanos na assistência. Essas instituições estão concentradas majoritariamente na região Sudeste e apresentam, predominantemente, 1 modalidade de atendimento com prevalência do atendimento intra-hospitalar.

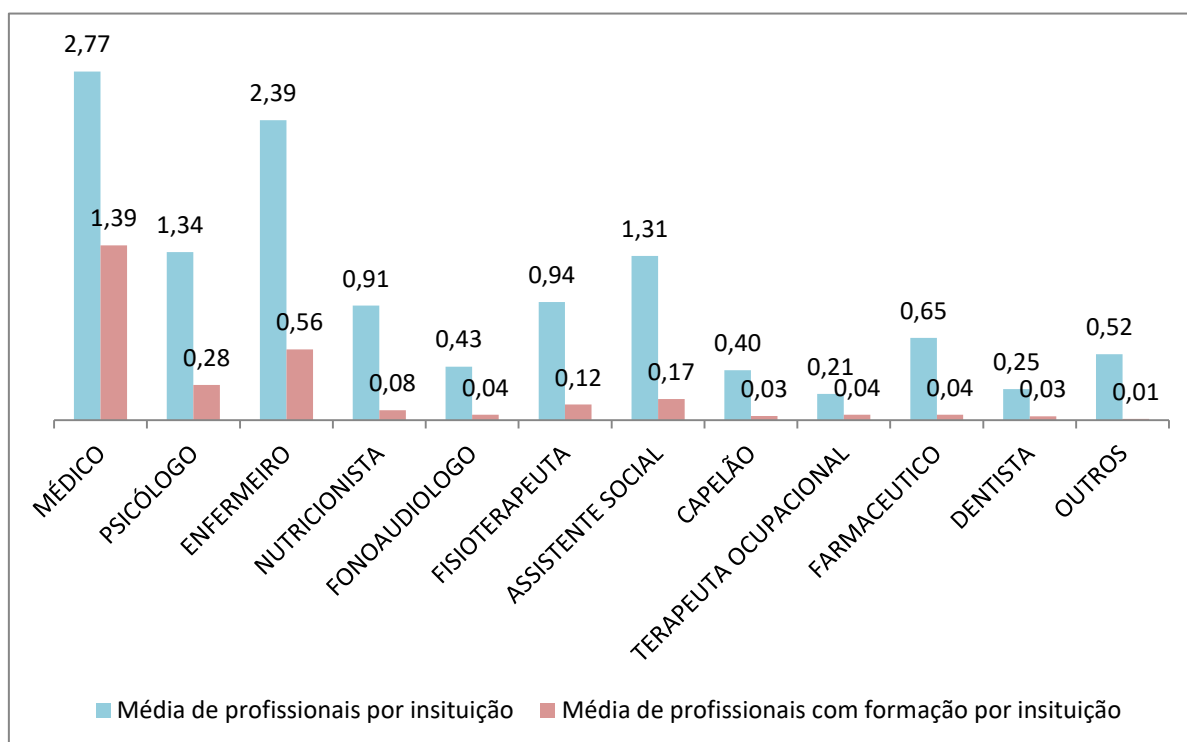
Além do fator quantitativo deficiente, essas equipes contam também com o mínimo de especialistas para realização da assistência em CP (figura 17).

As equipes mínimas, preponderantes nas instituições respondentes, (composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, com ou sem assistente social), de acordo com a ANCP, são capazes de responder às necessidades, por exemplo, do atendimento realizado na modalidade “equipe intra-hospitalar” que é o modelo prevalente nas respostas (figura 16). Porém, essas equipes se deparam com um número reduzido de profissionais com formação nesta área de cuidado.



**Figura 16 - Organização das equipes consoantes as especialidades**

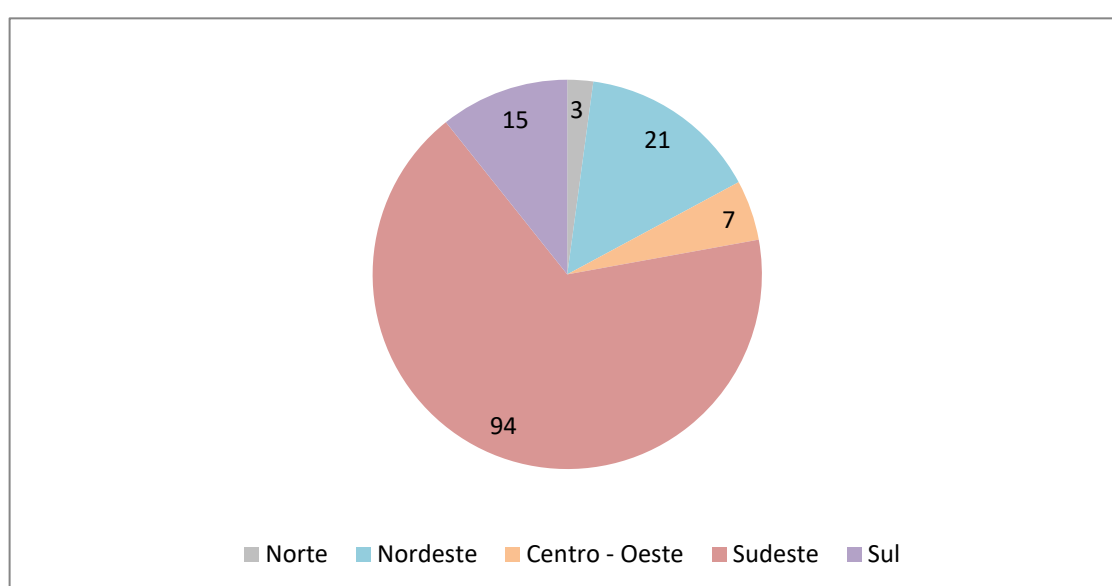
De acordo com o levantamento da pesquisa, dos 1226 profissionais atuando na área, temos, em média por estabelecimento (compondo a equipe mínima): 2,77 médicos, sendo 1,39 com pós-graduação na área; 1,34 psicólogos, apenas 0,28 com formação pós-graduação; 2,39 enfermeiros dos quais 0,56 possuem pós-graduação; e em número mais reduzido, o assistente social com 1,31, sendo 0,17 com formação pós-graduada. De todos os profissionais os médicos são os que apresentam, em média, mais formação (figura 17).



**Figura 17 - Média de profissionais atuando em CP e média desses profissionais com formação**

No estudo de Silva, Santanda, Santos, Cirilo, Barrocas & Moreira (2015), o qual objetivou identificar as dificuldades enfrentadas na prestação da assistência aos pacientes hospitalizados no contexto dos CP em um UNACON do estado do RJ, dentre as dificuldades relatadas pelos enfermeiros entrevistados destacou-se a falta de preparo (capacitação) dos profissionais da área da saúde.

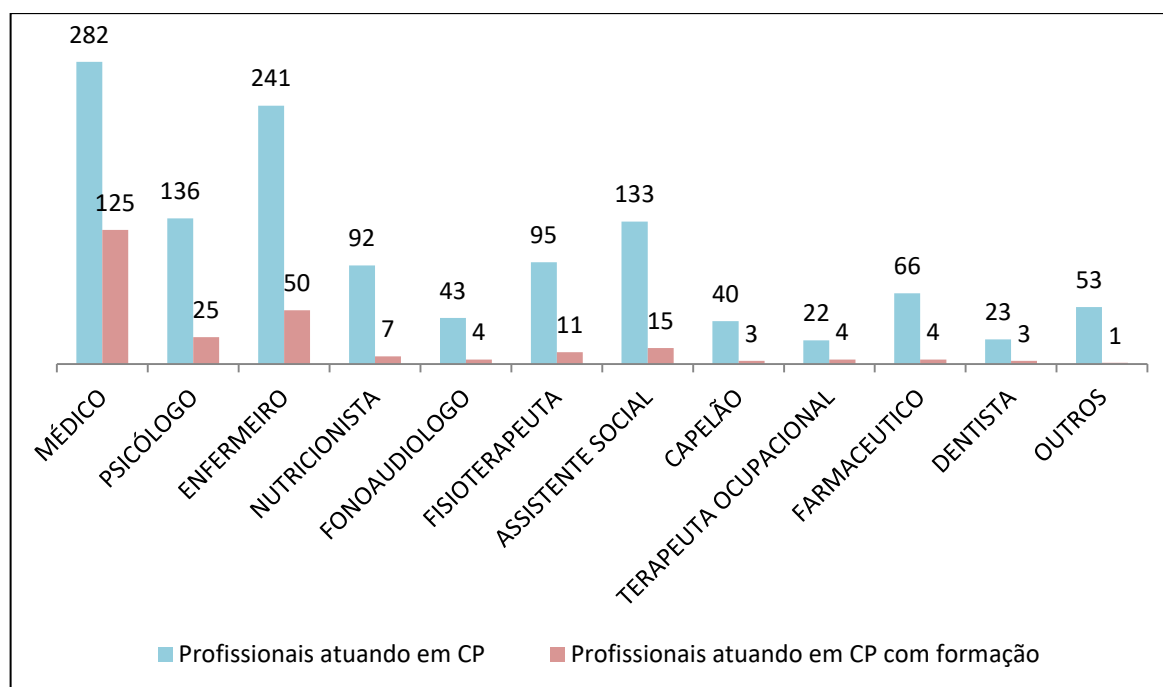
Hoje, oficialmente, temos 140 médicos (figura 18) certificados na área de atuação em Medicina Paliativa segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) (2018). Os profissionais precisam atender uma série de pré-requisitos (comprovação de especialidade e comprovação de formação em Medicina Paliativa) para participarem do processo de obtenção de Certificado de Atuação na área, como também se submeterem a uma prova teórica sobre CP e uma prova de títulos (Associação Médica Brasileira, 2018).



**Figura 18 - Número de profissionais certificados na área de atuação em Medicina Paliativa pela AMB por região**

Avaliando a informação sobre a formação dos médicos atuando em CP obtida na pesquisa, podemos concluir que um quantitativo destes possuem formação pós-graduada em CP, porém não podemos afirmar quantos desses possuem certificação específica (figura 19) concedida pela AMB.

Esforços significativos de associações como a ANCP junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM), para reconhecimento dos CP como uma especialidade médica (considerada área de atuação em Medicina Paliativa), podem ser um propulsor para outros conselhos profissionais trabalharem na regulamentação das atividades profissionais voltadas para essa área.



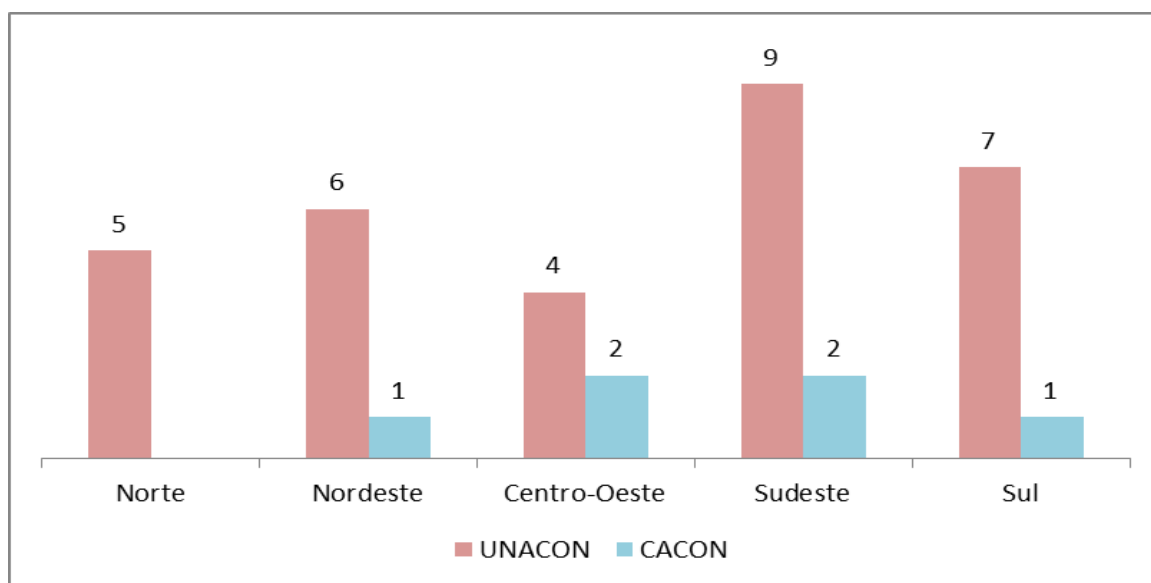
**Figura 19 - Quantidade de profissionais atuando em CP e quantidade desses profissionais com formação pós-graduada**

Outro ponto considerável é a inexistência, na portaria SAS/MS nº140, da obrigatoriedade de profissionais especialistas em CP para composição das equipes multiprofissionais atuantes nas UNACON/CACON, como podemos observar para outras especialidades, a exemplo da comprovação de médico especialista em Cancerologia ou Cancerologia Cirúrgica para compor a equipe do serviço de cirurgia oncológica do estabelecimento de saúde.

Apesar dos percalços na capacitação desses profissionais, a prática de CP vem ganhando importância e reconhecimento não só pelos profissionais da saúde, mas também pelos conselhos profissionais e instituições de ensino que oferecem pós-graduação. Atualmente, mesmo que incipiente, há um crescimento na oferta de formação *Lato Sensu* em CP nas regiões Sudeste e Sul, como também há uma busca crescente, pelos profissionais da saúde, por cursos *Stricto Sensu* em Universidades estrangeiras, a exemplo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que oferece cursos de Mestrado e Doutorado em CP.

#### 4.1.2.2 Instituições sem serviço de CP

Apesar da obrigatoriedade dos CP como componente da Atenção Oncológica, seja na própria estrutura hospitalar ou de forma integrada a outros componentes e pontos de atenção da RAPDC, 26% (n=37; N=140) instituições, das quais 16,2% (n=6; N=37) são CACON e 83,7% (n=31; N=37) são UNACON, afirmaram não possuir e nem referenciar o serviço de CP (figura 20). Quando convidados a descreverem o que julgavam importante sobre CP nos seus estabelecimentos (infraestrutura insuficiente; inexistência da oferta de serviços na rede de referência; serviço em fase de implantação e/ou contratualização), 24,3% (n=9; N=37) instituições garantiram que os serviços estavam em fase de implementação; enquanto as demais expuseram não dispor de profissionais qualificados para a organização de uma equipe que atendesse pacientes em CP e/ou não disponibilizarem de infraestrutura adequada para a assistência aos pacientes paliativos, como também referiram desafios no processo de gestão tanto a nível estadual como municipal para a implementação dos CP.



**Figura 20 - Instituições que não possuem Serviço de CP por região**

Vale ressaltar que as respostas “não possui” podem estar ligadas ao fato dos representantes dos estabelecimentos respondentes desconhecerem os critérios e parâmetros de habilitação das UNACON/CACON (em face da obrigatoriedade da prestação dos CP na própria estrutura hospitalar ou desenvolvidos de forma integrada com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que a rede seja formalizada pelo respectivo Gestor do SUS).

Outra hipótese na discussão das respostas "não possui" está vinculada ao fato da portaria SAS/MS nº 140, de 27/02/2014, ter estabelecido prazo de adequação das UNACON/CACON às redefinições de critérios e parâmetros de habilitação. Após repetidas prorrogações do prazo, emerge a portaria SAS/MS nº 458, de 24/02/2017, mantendo as habilitações existentes com a exclusão do prazo de conformação dos estabelecimentos. Sintomaticamente, o Parágrafo único do Art. 2º desta portaria ao tratar de solicitação para alteração de habilitação e de habilitação de novos estabelecimentos de saúde, enfatiza o dever de seguirem-se todos os requisitos estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 140, de 27/02/2014, antes seguramente relevados.

É razoável supor que efetivamente remanesça o descumprimento da obrigatoriedade da prestação dos CP, seja na própria estrutura hospitalar ou sob referenciamento/contratualização, pela necessidade de maior investimento de ações integradas das UNACON/CACON, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e MS na superação dos desafios já referidos, como pela carência de maior acompanhamento, controle e incentivo das referidas instituições para a implementação dos CP como componente da atenção integral em Oncologia.

A CGU no Plano Tático (2017) identificou o tratamento inadequado/insuficiente do MS diante da existência de falhas de mercado relacionadas ao provimento de bens e de serviços na Atenção Oncológica. Como podemos ver e também como foi relatado pela CGU, existe uma insuficiência dos mecanismos de cooperação interfederativa voltados à Atenção Oncológica (Procuradoria Geral da União, 2017). As Secretarias Municipais, principalmente Secretarias Estaduais e MS não assumem as responsabilidades no fornecimento de informações relativas à habilitação de UNACON/CACON, mesmo sendo elas as responsáveis por avaliar e habilitar os estabelecimentos.

## 5 Conclusões

Dentre as hipóteses levantadas pela investigação, confirmaram-se as pressuposições da discrepância efetiva de oferta de serviços de CP entre as regiões do Brasil, de que as UNACON/CACON não ofertam adequadamente o atendimento em CP, a despeito da obrigatoriedade regulamentada em normativas infralegais e a da carência de formação adequada dos profissionais que atuam em CP. O resultado da pesquisa, contudo, denegou as hipóteses relativas à estruturação organizacional dos estabelecimentos, apontando a preponderância da modalidade de atenção intra-hospitalar e que a composição das equipes de CP demonstrou-se condizente com a classificação de equipe mínima com 4 integrantes (em vez de 2) do Manual de CP da ANCP: médico (a), enfermeiro (a), psicólogo (a) e/ou assistente social.

O estudo evidencia que a legitimação da inserção da prática paliativa no SUS, através de Políticas Públicas, ainda demanda de ações mais contundentes do MS. As normativas infralegais que regulamentam os CP na saúde não discutem/garantem minimamente, particularmente aos CP, questões como os direitos e deveres dos pacientes e família e a responsabilidade do Estado no atendimento a esses cuidados.

Nas discussões sobre as políticas oncológicas, os CP são raramente considerados nos debates que avaliam a prestação dos serviços e a qualidade de oferta. Em corroboração a essa constatação, o Plano Tático 2017 da CGU, em andamento com previsão de finalização em 2018, ao avaliar a atuação do MS na coordenação da PNPCC e a atuação dos gestores locais do SUS no que diz respeito à oferta de tratamentos oncológicos, não aborda pormenorizadamente, a contraexemplo do serviço de radioterapia, as carências e insuficiências da oferta de CP, destacadas na pesquisa: ausência da prestação de serviço de CP nos estabelecimentos, falta de profissionais e falta de profissionais com formação específica.

Portanto, há a necessidade de revisar as estratégias de execução das políticas de assistência oncológica, como também as próprias políticas de assistência, exigindo das Secretarias de Saúde e do MS tratamento adequado e suficiente no provimento de bens e de serviços (Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, 2017), particularmente dos serviços de CP.

Ademais, apesar do engajamento da sociedade civil, a exemplo da ANCP, na divulgação e promoção dos CP no país, remanesce o desconhecimento dos usuários/pacientes acerca dos seus direitos de acesso a esses cuidados, acarretando, pela ausência mesma de cobrança, o descumprimento da obrigatoriedade da prestação desse serviço. Não somente o desconhecimento dos direitos dos usuários/pacientes, evidencia-se também, por tratar-se de uma área recente de atuação médica, o desconhecimento da população em geral sobre esta filosofia de cuidado (Frossard, 2015).

Com feito, o disposto na Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos Serviços Públicos da administração pública - com vigência recente desde junho/2018, tão somente, para União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios com mais de quinhentos mil habitantes - que preconiza a divulgação da Carta de Serviço ao Usuário, precisa de tempo hábil à realização de seu objetivo de informar o usuário sobre os serviços prestados pelo órgão ou entidade, as formas de acesso a esses serviços e seus compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público.

Por sua vez, a regulamentação desses serviços a partir de normativas infralegais mitiga a garantia da consecução da PNPCC, em especial, dos CP. Embora auspiciosa a notícia sobre a elaboração e iminente divulgação de uma portaria do MS específica a respeito dos CP, cabe enfatizar a importância de uma Política Nacional consolidadora e integrativa, consubstanciada em lei que estabeleça uma Rede de Atenção em CP.

Em virtude do desafio de identificar e descrever os Serviços Públicos de CP nos estabelecimentos habilitados em UNACON e CACON decidiu-se, contando em receber o maior contingente de respostas, prosseguir com formulário *online* ativo (e com aprimoramentos), intencionando eventuais atualizações para apresentações e publicações futuras.

## Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (S/A). Brasil, mostra a tua cara. Disponível em: <http://paliativo.org.br/brasil-mostra-tua-cara-e-tema-de-primeira-plenaria-do-vi-congresso/>.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012). Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Santa Catarina: Motrivivência. <https://doi.org/10.5007/19721>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018). Onde existem CPs. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/>
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2018). Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil. Acedido a 16 out. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/ancp-divulga-panorama-dos-cuidados-paliativos-no-brasil/>
- Associação Médica Brasileira (2018). Títulos de especialidades e certificados de atuação. Acedido a 25 abr. 2018. Disponível em <https://amb.org.br/titulos-de-especialidade/>
- Boeira, L.S. (2014) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em <https://pt.slideshare.net/CONASS/rede-de-ateno-sade-das-pessoas-com-doenas-crnicas-brasil>
- Conselho Federal de Medicina (2018). Sessão Plenária Ordinária do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27637:2018-05-16-11-47-09&catid=42:secoes-plenarias&Itemid=68](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27637:2018-05-16-11-47-09&catid=42:secoes-plenarias&Itemid=68)
- Ferreira, A. K. da M. B. J., Santos, L. A. de M., Rebelo, M. S., & Costa, R. M. de O. (2017). Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro. <https://doi.org/978-85-7318-283-5>
- Fripp, J. C. (2009) Internação Domiciliar e Cuidados Paliativos para Pacientes Oncológicos no Município de Pelotas/RS. Rio Grande do Sul: Pelotas.
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. Estudos Avançados, 30(88), 155–166. <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>
- Goméz-Batiste, X. & Connor, S. (2017). Building Integrated Palliative Care Programs and Services. First Edition. Catalonia: Liberdúplex
- International Association for Hospice and Palliative Care. (2013). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Retrieved from <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). Estimativas. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). Estimativas: Dados do Brasil. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação. Acedido a 10 junho. 2018. Disponível em:



<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=notas-tecnicas>

Lei nº 12.527/11 de 18 de dezembro da Presidência da República. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm)

Lei nº 13.460/17 de 26 da Presidência da República. Diário Oficial da União - Seção 1, p.4. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13460-26-junho-2017-785098-norma-pl.html>

Lei nº 19.723/17 de 10 de julho da Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <https://sogi8.sogi.com.br/Arquivo/Modulo113.MRID109/Registro1281335/lei%20n%2019.723%20de%2010072017.pdf>

Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1096–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>

Maciel, MGS; Rodrigues, LF; Naylor, C; Bettega, R; Barbosa, SM; Burlá, C., & Vale e Melo, I. (2006). Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. <https://doi.org/978-85-89718-26-4>

Mendes, E. C. (2017). *Cuidados Paliativos e Câncer: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Ministério da Saúde do Brasil (2013). Diretrizes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasil.

Ministério da Saúde do Brasil (2018). Sobre a vigilância de DCNT. . Acedido a 03 dez. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>

Ministério da Saúde do Brasil (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. PhD Proposal (Vol. 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ministério da Saúde do Brasil (2018). *Sistema Único de Saúde*. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>

Ministério da Saúde do Brasil (2018). *Sistema Único de Saúde: Princípios*. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (2017). Plano Tático 2017. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://www.cgu.gov.br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/plano-tatico>

Organización Mundial de la Salud (2017). Monitoreo de avances: en materia de las enfermedades no transmisibles.

Portaria SAS/MS nº65/93 de 06 de maio do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União: nº 86, Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://www.bsgestaopublica.com.br/index.php/portariasnas65>

Portaria SAS/MS nº113/99 de 31 de março do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União: nº 62-E. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta\\_canc/SAS\\_P113\\_99alta\\_canc.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/SAS_P113_99alta_canc.doc)

Portaria SAS/MS nº140/14 de 27 de fevereiro do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União: nº 63. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140\\_27\\_02\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html)

Portaria GM/MS nº170/93 de 17 dezembro do Ministério da Saúde do Brasil. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta\\_canc/SAS\\_P170\\_93alta\\_canc.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/SAS_P170_93alta_canc.doc)

Portaria GM/MS nº252/13 de 19 de fevereiro do Ministério da Saúde. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252\\_19\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html)

Portaria GM/MS nº255/99 de 31 de março do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União: nº 62-E Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta\\_canc/GM\\_P255\\_99alta\\_canc.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/GM_P255_99alta_canc.doc)

Portaria GM/MS nº458/17 de 24 de fevereiro do Ministério da Saúde do Brasil. D Diário Oficial da União nº 34, Seção 1, p.80. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0458\\_07\\_03\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0458_07_03_2017.html)

Portaria GM/MS nº483/14 de 01 de abril do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União nº 34, Seção 1, do dia seguinte, p. 71. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)

Portaria SAS/MS nº741/05 de 19 de dezembro do Ministério da Saúde do Brasil. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741\\_19\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html)

Portaria GM/MS nº874/13 de 16 de maio do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 80 (2016). Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html)

Portaria GM/MS nº2439/05 de 08 de dezembro do Ministério da Saúde do Brasil. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html)

Portaria GM/MS nº3535/98 de 02 de setembro do Ministério da Saúde do Brasil. Diário Oficial da União: nº241 Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html)

Portaria GM/MS nº4.279/10 de 30 de dezembro do Ministério da Saúde. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010)

Rede Globo (2018). Entretenimento Globo. A boa morte. Rio de Janeiro: Entretenimento

Resolução nº1 de 29 de setembro do Ministério da Saúde. Acedido a 10 out. 2017. Disponível em <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>

Silva, M.M; Santanda, N. G. M; Santos, M. C; Cirilo, D. J; Barrocas, D. L. R; Moreira, M.C. (2015). Cuidados paliativos na assistência de Alta Complexidade em Oncologia: percepção de enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 19(3):460-466.

World Health Organization (2002). National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO Library Cataloguing.

World Health Organization (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. . Geneva: Suíça.

**ANEXO A: Formulário online**

## Identificação Serviços de Cuidados Paliativos

Formulário para envio de informações referentes ao projeto de investigação intitulado "Serviços Públicos de Cuidados Paliativos no Brasil: a realidade das UNACON e CACON" no âmbito do mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**\*Obrigatório**

**1. Nome da Instituição \***

---

**2. Habilitação \***

*Marcar apenas uma oval.*

☐

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)

☐

Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

**3. Cidade \***

---

**4. UF \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Acre
- ☐ Alagoas
- ☐ Amapá
- ☐ Amazonas
- ☐ Bahia
- ☐ Ceará
- ☐ Distrito Federal
- ☐ Espírito Santo
- ☐ Goiás
- ☐ Maranhão
- ☐ Mato Grosso
- ☐ Mato Grosso do Sul
- ☐ Minas Gerais
- ☐ Pará
- ☐ Paraíba
- ☐ Paraná
- ☐ Pernambuco
- ☐ Piauí
- ☐ Rio de Janeiro
- ☐ Rio Grande do Norte
- ☐ Rio Grande do Sul
- ☐ Rondônia
- ☐ Roraima
- ☐ Santa Catarina
- ☐ São Paulo
- ☐ Sergipe
- ☐ Tocantins

**5. Possui serviço de Cuidados Paliativos? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Na Instituição *Ir para a pergunta 6.*
- ☐ Serviço Referenciado *Ir para a pergunta 10.*
- ☐ Serviço Contratualizado *Ir para a pergunta 14.*
- ☐ Não possui serviço *Ir para a pergunta 18.*

**Serviço de CP na Instituição**

**6. Na Instituição: como se estrutura? \***

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Unidade/Clinica de Cuidados Paliativos
- ☐ Serviço Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Ambulatorial em Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Domiciliar em Cuidados Paliativos

**7. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos?**

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos possuem pós-graduação na área?**

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais	Sem informação
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. A equipe de Cuidados Paliativos atende apenas pacientes oncológicos? \***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Pare de preencher este formulário.

**Serviço Referenciado de CP**

**10. Serviço referenciado: qual instituição? \***

---



---



---



---



---

**11. Serviço referenciado: como se estrutura?**

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Unidade/Clinica de Cuidados Paliativos
- ☐ Serviço Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Ambulatorial em Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Domiciliar em Cuidados Paliativos

**12. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos?**

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos possuem pós-graduação na área?**

Marque TODAS que se APLICAM.

Marque todas que se aplicam.

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais	Sem informação
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Serviço contratualizado de CP

### 14. Serviço contratualizado: qual instituição?

---



---



---



---



---

### 15. Serviço contratualizado: como se estrutura?

Marque TODAS que se APLICAM

*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Unidade/Clinica de Cuidados Paliativos
- ☐ Serviço Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Ambulatorial em Cuidados Paliativos
- ☐ Atendimento Domiciliar em Cuidados Paliativos

### 16. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos?

Marque TODAS que se APLICAM.

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**17. Quantos profissionais na instituição trabalhando em Cuidados Paliativos possuem pós-graduação na área?**

Marque TODAS que se APLICAM.

*Marque todas que se aplicam.*

	1	2	3	4	5	6	7 ou mais	Sem informação
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonoaudiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capelão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sem CP no estabelecimento**

**18. Descreva o que julgar importante sobre Cuidados Paliativos no seu estabelecimento de saúde \***

infraestrutura insuficiente; inexistência da oferta de serviços na rede de referência; serviço em fase de implantação e/ou contratualização?

---



---



---



---



---

FACULDADE DE MEDICINA

